

DESS EN ECONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ

(MASTER IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT)

IEMS LAUSANNE

HEC et Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (UNIL)

MEMOIRE

LA REVISION DE LA LAMal, MISE A MAL PAR LES CONFLITS D'INTERÊTS ET LES JEUX DE POUVOIR

Par

Jean A. Fleurimont

Bachelor of science in pharmacy, Purdue University, EU
Licencié ès sciences pharmaceutiques, Université de Lausanne

Directrices de mémoire

Professeure Béatrice Despland
Professeure à Haute école cantonale vaudoise de la santé
Chargée de cours à l'université de Lausanne

Professeure Eliane Perrin
Professeure à Haute école de santé Genève
Chargée de cours à l'Université de Lausanne

Expert

Professeur Alberto Holly
Professeur ordinaire à l'Université de Lausanne

Lausanne
Octobre 2007

REMERCIEMENTS

Je remercie mon épouse, Florence Fleurimont pour son soutien sans lequel ce travail n'aurait simplement pas pu être réalisé.

Je remercie Mme Béatrice Despland, juriste, pour son assistance dans le choix du sujet ainsi que son expertise dans la dimension juridique des thèmes développés.

Je remercie Mme Eliane Perrin, socio-anthropologue, pour son apport dans la méthodologie, notamment, l'identification du titre, de l'hypothèse et des questions en plus de sa vision philosophique.

Je remercie Madame Michèle Magnenat pour son travail de relecture.

Je remercie le Professeur Alberto Holly, économiste, pour son appui dans la démarche, son expertise dans le choix des thèmes ainsi que la méthodologie.

Je remercie Monsieur le Conseiller national, Yves Guisan pour avoir partagé ses points de vues sur le financement hospitalier.

TABLE DES MATIERES.....	3
1. GLOSSAIRE.....	4
2. SYNTHESE	5
3. INTRODUCTION	6
4. LA PLANIFICATION HOSPITALIERE	6
4.1 Eléments de la LAMal	7
4.2 Problématique	7
4.3 Les acteurs principaux	10
5. TARIFICATION ET SYSTEME DE FINANCEMENT HOSPITALIER	12
5.1 Tarification.....	12
5.2.1 Éléments de la LAMal	19
5.2.2 Problématique	19
5.3. Les acteurs principaux	21
6. SECTEUR PRIVE VS SECTEUR PUBLIC.....	24
6.1. Eléments de la LAMal	24
6.2. Problématique	24
6.3. Les acteurs principaux	26
7. LES INTERETS PARTICULIERS DANS L'ETAT DE DROIT.....	27
7.1. Le citoyen consommateur de prestations médicales	27
7.2. L'assureur maladie	28
7.3. Le fournisseur de biens sanitaires.....	29
7.4. L'Etat	30
7.5. Quelques particularités helvétiques	30
8. CONCLUSION ET PERSPECTIVES NOUVELLES	31
8.1. Coopération au niveau de l'Etat.....	31
8.2. Organe indépendant comme moniste	32
9. CHRONOLOGIE DU FINANCEMENT HOSPITALIER.....	34
10. ANNEXES.....	42
11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
12. SITES INTERNET CONSULTÉS	50

1. GLOSSAIRE

CDF : conférence des directeurs cantonaux des finances

CdG-E : commission de gestion du Conseil des Etats

CDS : conférence de directeurs cantonaux de la santé

CE : Conseil des Etats

CF : Conseil fédéral

CN : Conseil National

CSSS-E : commission santé du Conseil des Etats

CSSS-N : commission santé du Conseil National

DFI : département fédéral de l'intérieur

DRG : diagnostic related group

H+ : fédération des hopitaux et cliniques suisses

LAA : loi fédérale sur l'assurance accident

LAMal : loi fédérale sur l'assurance maladie

Managed care : soins intégrés

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OFAS : office fédérale des assurances sociales

OFSP : office fédérale de la santé publique

OPCA : organe parlementaire de contrôle de l'administration

Santésuisse : fédération des assureurs-maladie

TFA : tribunal fédéral des assurances

2. SYNTHÈSE

La corrélation entre le niveau de richesse et l'état de santé d'un peuple n'étant plus à démontrer, les autorités nationales sont investies de la mission de santé publique afin de garantir un contexte socio-économique favorable au succès politico économique à l'échelle planétaire.

Les systèmes de santé des pays occidentaux sont confrontés à des défis importants dans leurs missions sociétales.

Les moyens technologiques à disposition sont incontestables. Que ce soit en médecine préventive, curative ou palliative, les progrès incessants sont toujours porteurs de solutions nouvelles. Le net recul de la mortalité et le vieillissement des populations sont des indicateurs caractéristiques de l'Occident.

D'un autre côté, les lois du marché qui régissent l'industrie de la santé se répercutent sur les exigences économiques de la recherche médicale. Le problème du financement se pose alors que les ressources financières s'amenuisent. Le souci de l'équilibre des comptes est présent dans les ministères de santé qui doivent faire appel à des manœuvres politiques pour des solutions économiques.

La bataille engagée pour la santé publique se trouve confrontée à des enjeux économiques importants. Les jeux de pouvoir qui en découlent menacent le pragmatisme dans les prises de décisions politiques.

La deuxième révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) destinée principalement à la maîtrise des coûts abouti à un échec au Parlement en décembre 2002. Dans son Message du 26 mai 2004, le Conseil fédéral explique ce rejet par le nombre important de thèmes divers ajoutés au projet de révision. Le processus des réformes prévu est cristallisé.

3. INTRODUCTION

« Le lobby de la santé victime de paralysie » (Le Temps, 7 octobre 2005). L'auteur fait mention du secteur de la santé comme étant le plus puissant lobby du parlement. Les intérêts particuliers des parlementaires sur le marché de la santé sont mis en évidence et sont accusés de se neutraliser en agitant à tout va les menaces de référendum.

La désolidarisation des bons et mauvais risques en terme de maladies, la hausse continue des primes et des coûts ont motivé le Conseil fédéral à faire usage du droit d'urgence au début des années 1990 en édictant les deux arrêtés suivants qui précédaient la nouvelle loi fédérale sur l'assurance maladie :

- Arrêté du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance maladie
- Arrêté du 9 octobre 1992 sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance maladie

La LAMal entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, succède à la LAMA qui avait été adoptée au début du vingtième siècle. Une véritable refonte du droit a pris place dans le but d'atteindre les trois objectifs suivants, à savoir : combler les lacunes du catalogue des prestations, renforcer la solidarité entre les assurés et la maîtrise des coûts. Le premier objectif considéré comme largement atteint, le deuxième partiellement et le troisième comme non atteint suscite de nombreux débats autour de la révision de la loi fédérale. Les tentatives de révisions partielles ont monopolisé bien des débats parlementaires tout en demeurant stériles.

Les traitements hospitaliers correspondant à environ 30% des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins, le financement hospitalier devient un débat important dans la révision de la LAMal en vue de la maîtrise des coûts.

Se référant au marché de la santé, Yves Seydoux, délégué aux relations publiques santésuisse confirme que, les sources de blocages sont à la mesure de la complexité du système et du nombre des acteurs lors du symposium de l'alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS), tenu à Genève le 15 mai 2005.

Les divers enjeux politiques et économiques, la multiplicité des acteurs sanitaires et le texte de la loi fédérale sont un frein majeur dans la recherche de solutions pour un financement hospitalier adapté aux besoins de la société. L'influence des acteurs est déterminante dans la constitution du cadre juridique permettant d'assurer les besoins hospitaliers de la population de manière efficiente. Ruth Humbel (C, AG), au Conseil national remarque que le financement hospitalier représente la partie la plus importante et la plus efficace de la révision de l'assurance maladie.

Plusieurs thèmes récurrents accompagnent le débat du financement hospitalier et trouvent leur origine dans la LAMal. Notre étude se cantonnera aux trois thèmes suivants qui ont été omniprésents depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale, c'est-à-dire : la planification hospitalière, le système de financement des hôpitaux et la relation entre les secteurs public et privé. Après l'établissement d'une chronologie sur les événements (cf. Ch. 8) affectant le financement hospitalier, nous mettrons en évidence au travers de ces thèmes l'éventuelle implication du texte de la LAMal et les conflits programmés qui entraîneront les échecs de sa révision.

4. LA PLANIFICATION HOSPITALIERE

4.1 Eléments de la LAMal

Article 39 LAMal

La LAMal introduit le concept de l'assurance de base obligatoire et est amenée à légiférer la planification hospitalière dans une optique de maîtrise des coûts. Cet instrument de contrôle apparaît explicitement dans l'art. 39, al. 1, let d et e LAMal qui définit les fournisseurs de prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins. En vertu de cet article, les cantons sont tenus de planifier les besoins hospitaliers de leurs populations en tenant compte des conditions structurelles énumérées dans l'alinéa 1 let a,b,et c. L'alinéa 1, let d, reconnaît comme fournisseurs les hôpitaux et autres institutions qui « correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate. ». La lettre e du même alinéa reconnaît les hôpitaux et institutions qui « figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats ».

Article 53 LAMal

Bien qu'une grande marge de manœuvre soit laissée aux cantons dans cette tâche, la LAMal prévoit tout de même la possibilité de recourir au Conseil fédéral contre les listes établies. C'est l'article 53 LAMal qui octroie cette compétence au Conseil Fédéral qui doit donner sa décision dans un délai de quatre mois. Les structures hospitalières sont donc directement influencées par les décisions sur recours du Conseil fédéral.

L'examen de la jurisprudence a porté sur des cas survenus avant le 1^{er} janvier 2007. Dès cette date, en effet, c'est le Tribunal administratif fédéral qui est compétent, selon la Loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF), du 17 juin 2005.

Article 41 LAMal

Indirectement, l'art. 41 al. 3 LAMal fait intervenir la notion de la planification dans le choix du fournisseur de prestation de parts et d'autres des frontières cantonales. Il légifère de la sorte : Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. L'offre sanitaire variant d'un canton ou d'une région à l'autre, la possibilité de recourir aux prestations hospitalières hors du canton de résidence doit être garantie au même titre que son financement. Cet article définit les limites de la prise en charge de l'assurance obligatoire des soins dans ce cas particulier.

4.2 Problématique

Décision cantonale ou fédérale ?

Dans sa réponse suite à la mise en consultation de la révision 2bis, H+ (la fédération des hôpitaux) prie le Conseil fédéral de vérifier si l'actuelle planification hospitalière ne pourrait pas être remplacée par un plan de couverture médicale nationale ou régionale, par des contrats de prestations et d'examiner la question de l'identité des mandants. La position est tranchée, la fédération réclame une réévaluation à la baisse du pouvoir des cantons dans la mission de planification qui leur est confiée en vertu de l'article 39 LAMal.

Dans une évaluation effectuée par l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration (OPCA) sous mandat de la Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E), le Conseil fédéral a rendu 140 décisions sur recours en matière de listes cantonales des hôpitaux, dès l'entrée en vigueur de la LAMal à juillet 2001. Dans les deux tiers des cas, les recourants sont des hôpitaux privés hors canton, revendiquant (dans 80% des cas) le droit de fournir des soins à charge de l'assurance

obligatoire des soins, motivant leur demande en vertu de l'art.39, al.1, let. d LAMal, stipulant que les organismes privés devant être pris en compte de manière adéquate. Dans 60% des cas, le Conseil fédéral a tranché en défaveur des cantons, remettant en cause les listes cantonales.

La planification cantonale remise en cause par le Conseil fédéral laisse apparaître un rapport de force qui influencera largement le débat parlementaire sur le financement hospitalier dans la révision de la LAMal. Le rapport de l'OPCA mentionne que les interventions du Conseil fédéral dans la planification hospitalière sont perçues comme des incitations négatives à toute coordination intercantonale. Au lieu de clarifier les critères requis pour la planification (par exemple au travers d'une ordonnance), le Conseil fédéral a tranché au cas par cas, selon des demandes particulières. Ce qui a pour effet de neutraliser l'harmonisation des systèmes cantonaux. En effet, l'établissement de critères objectifs en matière de planification au travers d'une ordonnance fédérale, servant de guide aux cantons aurait pu éviter le nombre important de recours à la jurisprudence fédérale.

Le financement hospitalier, tenant compte de la planification comme outil de maîtrise des coûts est soumis à rude épreuve dans un contexte sanitaire marqué par les frontières cantonales et le manque de coordination intercantonal.

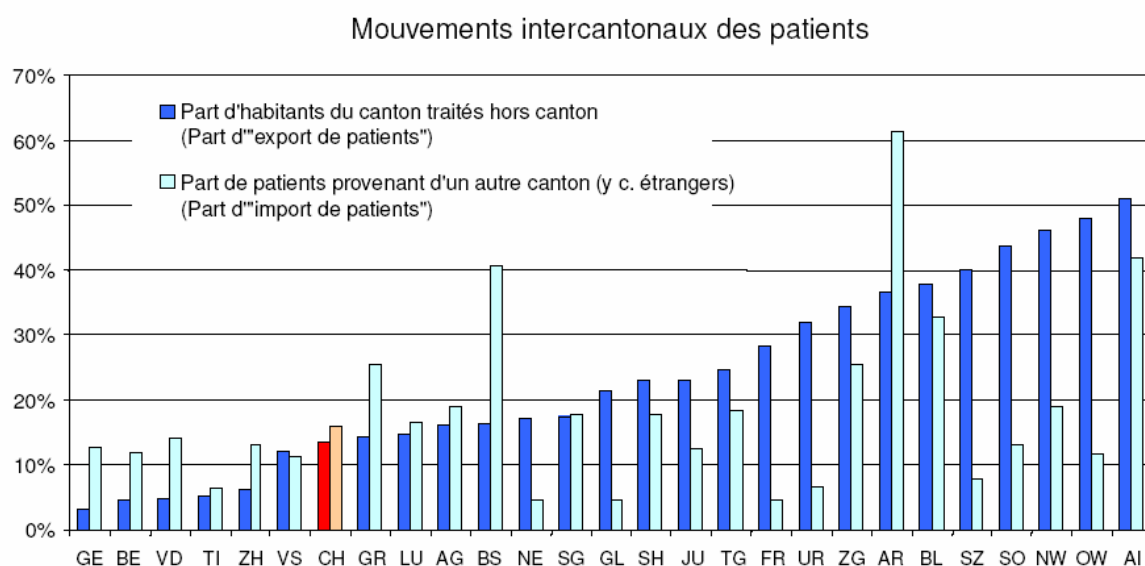
L'interprétation de l'art. 39 LAMal qui exige la prise en compte des organismes privés de manière adéquate, aura motivé plusieurs recours à la jurisprudence du Conseil fédéral et de fait, augmenté l'offre des soins hospitaliers, contrairement aux volontés politiques de la Confédération qui tenait à une maîtrise des coûts par la limitation de l'offre et de la demande. Il aurait pu paraître judicieux de définir ce qui est entendu par manière adéquate dans l'esprit de la loi.

Conflits assureurs-cantons

En terme de planification, il est inévitable de mentionner les arrêts du Tribunal fédéral des assurances de décembre 1997 et novembre 2001, qui vont bouleverser et remettre en cause la LAMal dans toute son essence. L'art. 41 LAMal, l'un des articles les plus contestés de la loi fédérale, est mis en cause dans les divergences opposant les cantons aux assureurs maladies. Le vide juridique découlant de l'absence de précision quant au type de couverture des assurés aura un impact direct sur la planification, dans la mesure où la décision du TFA incitera les cantons vers une planification autarcique dans le but d'éviter la charge extra cantonale qui s'impose.

La figure 1 ci-dessous mettant en évidence les mouvements intercantonaux des patients, permet de visualiser le potentiel d'interactions et de conflits naissant des arrêts susmentionnés. La grande diversité des cantons en matière d'offre de soins est considérable, ce qui favorise l'apparition de prestations au-delà des frontières, et par conséquent le règlement du financement de ces dernières.

Hospitalisations (y c. traitements semi-hospitaliers) 2004



Source: Statistique des hôpitaux OFS

Figure 1 : hospitalisations 2004

L'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de décembre 1997 tranche sur le conflit opposant les cantons aux assureurs sur la prise en charge des prestations hors cantons pour les assurés en divisions privées et semi privées. Il stipule que le canton de résidence d'un patient qui bénéficie d'un traitement hospitalier extra cantonal pour des raisons médicales, est tenu de participer financièrement aux prestations prévues par l'assurance de base fournies dans un établissement hors canton, public ou subventionné, quel que soit le type de couverture de l'assuré.

Dans l'arrêt de principe du 30 novembre 2001, le Tribunal fédéral des assurances reconnaît l'obligation des cantons de prendre en charge une part des frais d'hospitalisation lors d'un traitement en division privée ou semi privée d'un hôpital public ou subventionné, figurant sur la liste cantonale et situé à l'intérieur du canton de résidence du patient.

Une motion déposée par Josef Zisyadis au Conseil national le 13 décembre 2001 ¹fait état que la loi est actuellement en faveur du secteur des assurances complémentaires. Il plaide en faveur des cantons et des citoyens pour une modification de cette loi qui va désorganiser la planification hospitalière.

Un communiqué de presse du 14 décembre 2001 des gouvernements cantonaux exprime le désaccord des cantons avec les décisions du Tribunal fédéral des assurances et demande aux chambres fédérales de promulguer une loi fédérale urgente déchargeant les cantons de participation financière pour les assurés privés et semi privés à l'intérieur du canton². Par ailleurs, la CdC a décidé

¹ 01.3742 – Motion Participation des cantons aux coûts des patients séjournant à l'hôpital en privé ou semi privé.

² Communiqué de presse, assemblée plénière du 14 décembre 2001, conférence des gouvernements cantonaux. Résolution de la CdC concernant le financement du traitement stationnaire des assurés en divisions privées et semi privées.

la mise en vigueur d'un cadre servant à une meilleure coopération entre la Confédération et les cantons et ceci dans le but de renforcer la collaboration intercantonale.

Médecine de pointe

Durant la 46^{ème} législature, le Conseil national décide que la Confédération serait désormais chargée de la planification liée à la médecine de pointe. La coordination intercantonale devient donc un pré requis pour une telle responsabilité. De nombreux conflits sont apparus entre les cantons au sujet des emplacements réservés à la médecine de pointe. En accord avec la position du Conseil des Etats et suivant sa commission, le Conseil national a décidé que la planification hospitalière de la médecine de pointe relèverait d'un consensus intercantonal et à défaut d'entente, du Conseil fédéral. Le Conseil national soutient le projet à 113 voix contre 54.

Libre choix de l'hôpital

En mars 2007, la commission santé du Conseil des Etats approuve la décision du Conseil national sur le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse (art.41. al. 1bis LAMal). Cette modification permettant aux assurés de choisir un hôpital figurant sur n'importe quelle liste cantonale a été vivement combattue par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et par la Conférence des directeurs cantonaux des finances (CDF). Ces derniers motivant la charge financière supplémentaire pour les cantons, et l'incohérence quant à la mission de planification qui leur est confiée en vertu de l'art.39 LAMal

La planification hospitalière devient partie intégrante de la révision de la LAMal dans le financement hospitalier et sujet à de nombreux conflits entre les acteurs.

4.3 Les acteurs principaux

Le Conseil fédéral

Ce n'est qu'après l'entrée en vigueur de la LAMal que la Confédération acquiert sa compétence d'autorité de recours en matière de planification.

L'art. 53 LAMal reconnaît le rôle interventionniste du Conseil fédéral au moyen de sa jurisprudence dans la planification hospitalière. Ce dernier exerce une réelle pression sur les cantons en remettant en cause les listes établies. L'évaluation de l'OPCA du 30 novembre 2001 note que selon le Conseil fédéral, l'autonomie cantonale en matière de planification justifie le fait de renoncer d'une part à rendre les objectifs de planification plus concrets et, d'autre part, à utiliser la jurisprudence pour assumer une direction politique. Pourtant, c'est justement le manque de vision politique du Conseil fédéral dans le recours à sa jurisprudence qui est relevé par l'organe de contrôle. Le rapport de force positionne l'autonomie cantonale dépendante de l'autorité de la Confédération qui entend utiliser son droit à des fins politiques. Il est donc clairement établi qu'un conflit majeur apparaît dans cette relation où les objectifs poursuivis par les 2 niveaux de l'Etat sont divergents. Le contrôle politique voulu par le Conseil fédéral se heurte sérieusement à la mission de santé publique confiée aux cantons dans la LAMal au travers de la planification hospitalière. Un autre point important à relever est la confusion des pouvoirs à savoir, judiciaire et exécutif confié au Conseil fédéral par la LAMal. Le rôle de la Confédération dans la planification de la médecine de pointe vient renforcer la marge de manœuvre de celle-ci en défaveur des cantons. La vue et le contrôle d'ensemble prônés par le gouvernement sont la justification même de l'exercice de son pouvoir sur les cantons.

Ce qui apparaît clairement dans l'évolution de ce débat, c'est la volonté du Conseil fédéral de maintenir un contrôle et un droit de regard sur les décisions cantonales dans la planification. Ses compétences en la matière lui permettant d'exercer son autorité juridique sur les cantons.

Les cantons

Suite aux nombreuses plaintes des cantons qui mettaient en avant que leurs compétences en matière de planification étaient compromises par des procédures de recours extrêmement longues où ils perdaient souvent la cause, le Conseil des Etats a réduit la durée de la procédure et a exclu totalement le grief d'inopportunité de la décision.

Quel pouvoir est attribué aux cantons dans la planification hospitalière ? En effet, l'art. 39 LAMal prévoit une grande marge de manœuvre pour les cantons dans l'établissement de leurs listes d'hôpitaux. Néanmoins, la possibilité pour les autres acteurs de recourir à la jurisprudence du Conseil fédéral réduit considérablement son autorité dans la planification.

Les arrêts du Tribunal fédéral de décembre 1997 et novembre 2001 tranchant dans l'interprétation de l'art. 41 LAMal auront certainement mis en évidence les rapports de force existant entre les assureurs et les cantons. La période pré LAMal correspondait à une époque où la planification cantonale n'était pas remise en question, le canton étant souverain dans sa décision, il pouvait aisément influencer sur le niveau de ses dépenses en maîtrisant l'offre des soins. Après l'entrée en vigueur de la LAMal, le droit de recours du Conseil fédéral remet en cause l'autonomie cantonale et réduit sa marge de manœuvre. Apparaît ainsi, un rapport de forces entre la Confédération et les cantons. C'est finalement le Tribunal fédéral qui viendra imposer l'autorité d'un troisième acteur (l'assureur maladie), qui fera plier le canton en agissant sur son niveau de dépenses en soins hospitaliers pour les assurés en divisions privées in et hors canton.

Une analyse d'Economiesuisse³ affirme que le financement des hôpitaux n'est pas seulement un des aspects les plus complexes de la réforme LAMal, c'en est aussi l'élément central du point de vue financier et économique. Analyse dans laquelle il note que, les conflits d'intérêts des cantons sont l'obstacle principal aux changements structurels et ce particulièrement dans la planification hospitalière où les objectifs protectionnistes servent à occuper les lits pour une optimisation des subventions.

Santésuisse, dans un papier de positionnement du 2 mai 2007 sur le financement des hôpitaux, accuse les cantons d'occuper plusieurs rôles contradictoires: ils doivent garantir l'accès aux soins médicaux et assurer la planification des hôpitaux, ils attribuent des mandats de prestations, ils exploitent ne serait-ce qu'indirectement leurs propres hôpitaux et fixent les tarifs hospitaliers lorsque les hôpitaux et les assureurs n'arrivent pas à se mettre d'accord.

D'un autre côté, les cantons revendiquent davantage de responsabilités et d'autorité dans la tâche qui leur est confiée en vertu de la LAMal.

Un communiqué de presse de la CDS⁴ relate que le libre choix de l'hôpital est également en contradiction avec les tâches régulatrices des cantons.

La CDS revendique l'autonomie cantonale et souhaite restreindre au maximum le droit de recours en matière de planification hospitalière afin que les cantons puissent établir leurs listes d'hôpitaux en vertu du droit conféré dans la LAMal.

« La LAMal portait bel et bien en germe une atteinte à l'autonomie cantonale en matière de planification sanitaire. » (Les politiques suisses de santé, vol.1).

³ Economiesuisse, dossier politique numéro 3 du 19 février 2007 page 2, Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire.

⁴ 43.225/Spi, communiqué de presse du 14 juin 2007 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Révision de la LAMal : financement hospitalier, les cantons justifient leur non au libre choix de l'hôpital.

Les assureurs

La LAMal n'ayant pas attribué de rôle aux assureurs dans la planification, ceux-ci ne restent pas pour autant à l'écart du débat. Bien au contraire, ils exercent leur pouvoir d'influence au travers des nombreux parlementaires qui assurent la défense de leurs intérêts. Les assureurs sont bien représentés à l'Assemblée fédérale (Le Temps, 7 octobre 2007).

Le positionnement de Santésuisse du 2 mai 2007 revendique comme un critère essentiel la mise en consultation des assureurs lors de la planification hospitalière.

Un véritable bras de fer entre les cantons et les assureurs s'est établi après les arrêts de principe du Tribunal fédéral des assurances de décembre 1997. Dans un papier de positionnement d'avril 2004, Santésuisse exige en contrepartie de la faveur accordée aux cantons dans l'application des décisions du tribunal, l'inclusion des hôpitaux privés figurant sur les listes⁵. La planification hospitalière cantonale déjà menacée par l'autorité du Conseil fédéral se retrouve à nouveau dans le collimateur de l'assureur maladie qui souhaite négocier pour la prise en compte des hôpitaux et cliniques privés dans les participations cantonales dues.

Quand il s'avère nécessaire, Santésuisse n'hésite pas à faire usage de la menace d'augmentation des primes, marge de manœuvre lui permettant d'asseoir son autorité vis-à-vis des parlementaires et surtout des consommateurs en soins. En effet, dans le débat du tarif des soins, elle justifie ses positions de la sorte : les assureurs maladie veulent interdire une forte charge supplémentaire qui menace les payeurs de primes (avril 2004). Cet argument politique met en vue la marge de manœuvre de l'assureur si ses conditions ne sont pas respectées. La pression exercée sur le politicien est indirecte, car il fait intervenir une tierce personne qui est le payeur de prime. Néanmoins, la portée d'une telle menace ne reste pas négligeable compte tenu de l'importance accordée aux pouvoirs du peuple dans les urnes.

5. TARIFICATION ET SYSTEME DE FINANCEMENT HOSPITALIER

5.1 Tarification

5.1.1 Éléments de la LAMal

Article 41, al.1 LAMal

" Il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail..."

L'article le plus contesté de la LAMal est à la base des conflits opposant les cantons aux assureurs sur le financement des prestations hospitalières. Cet article introduit la notion du "libre choix entre les fournisseurs de prestations admis" puis, pose les conditions de prise en charge des prestations selon le tarif applicable dans le canton de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.

Article 41, al.2 LAMal

L'hospitalisation hors canton pour des raisons médicales est abordée dans la perspective du remboursement par l'assureur. La notion de planification hospitalière rentre en considération pour

⁵ Positions papier\KVG-Revision\040415sas-Positionpapier_KVG-Reform_04-04-19_f.doc

la prise en charge dans la mesure où seuls les hôpitaux listés par le canton de résidence de l'assuré sont reconnus comme prestataires admis.

Article 41, al.3 LAMal

Le niveau de prise en charge en cas d'hospitalisation hors canton pour des raisons médicales est précisé: "...le canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton"

Article 41, al.4 LAMal

Fait apparaître la notion de conditions particulières d'assurances. La porte ouverte aux contrats selon une convention définie entre assureurs et fournisseurs est mise en évidence. Dans cette optique, il n'est nullement mention du type d'hôpital (planifié ou non) ni du statut (in ou hors canton) des assurés. Le cadre structurel pour le managed care et la liberté contractuelle est ainsi posé.

Article 43 LAMal

Etablit le principe de la tarification pour la rémunération des prestataires.

Article 43, al.2 LAMal

L'alinéa 2 précise que le tarif est une "base de calcul de la rémunération". Il faut donc comprendre qu'il ne s'agit pas d'une tarification définie mais d'éléments pouvant rentrer en ligne de compte dans l'établissement des prix et tarifs ("il peut notamment...") nécessaires aux conventions tarifaires entre fournisseurs et assureurs.

Article 43, al.4 LAMal

L'alinéa 4 introduit le concept des conventions tarifaires où l'autorité compétente est tenue de veiller à ce que "les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise...". Pour ce qui est de la perspective sociale, il est prévu que les intérêts des assurés soient "entendus avant la conclusion".

Article 43, al.5 LAMal

La base pour une tarification à la prestation est posée. "Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse". En d'autres termes, l'entrée en vigueur du financement des prestations est liée à la coordination intercantonale fixée par le Conseil fédéral si les cantons n'arrivent pas à trouver un consensus. Contrairement aux alinéas 2 et 3 où il s'agit de propositions pour le calcul des tarifs ("il peut notamment", "le tarif forfaitaire peut se rapporter"), la notion de contrainte associée à l'idée de la tarification à la prestation est sans équivoque ("les tarifs doivent se fonder").

Article 43, al.6 LAMal

Les parties aux conventions tarifaires sont appelées à veiller au caractère avantageux des soins.

Article 43, al.7 LAMal

Le Conseil fédéral est appelé à coordonner les tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales, instaurant ainsi un lien horizontal entre l'assurance maladie et les autres assurances.

Article 46, al.4 LAMal

"La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou par le Conseil fédéral"

Dans le cas du financement hospitalier, le gouvernement cantonal approuve la convention le liant aux assureurs tout en étant fournisseur de soins hospitaliers. Ce rôle actif du canton est aussi mentionné dans l'article 47 qui légifère en cas d'absence de convention.

Article 49, al.1 LAMal

Ce paragraphe définit les conventions tarifaires avec les hôpitaux dans la prise en charge des "habitants du canton".

Article 49, al.3 LAMal

Lie la tarification des prestations hospitalières à la tarification des soins fournis dans les établissements médico-sociaux.

Article 49, al.7 LAMal

Les assureurs sont aptes à dénoncer une convention les liant à un hôpital si les coûts de ce dernier sont au dessus des coûts d'hôpitaux comparables. Le pouvoir conféré aux assureurs sur la base de la comparaison des coûts de différents hôpitaux introduit, dans ce cas, le concept de la concurrence interhospitalière.

Article 50 LAMal

Lien entre la tarification des prestations hospitalières et ambulatoires est établi. Le patient ne bénéficiant pas d'une indication médicale (art.49, al.3) se voit imputé le tarif des soins en établissement médico-sociaux où l'assureur est tenu de prendre en charge "les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire".

Article 56 LAMal

Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont tenus de veiller au caractère économique de la prestation prise en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. La notion d'économicité liée à la prestation laisse présager une tarification à la prestation.

5.1.2 Problématique

Perspectives sociales ou perspectives de marché?

Suite à l'entrée en vigueur de la LAMal, l'échec lié à l'objectif de la maîtrise des coûts est évident. En 1999, une augmentation de 4.1% des coûts de l'assurance obligatoire des soins est enregistrée. La part des cantons au financement des hôpitaux est passée de 35.5% en 1991 à 29.7% en 1998. Ce retrait progressif des cantons (cf. annexe 1) attire l'attention du Conseil fédéral qui en fait son cheval de bataille en vue de la deuxième révision de la loi fédérale. Ce dernier entend, par une série de mesures législatives, décharger l'assurance maladie du transfert de la charge financière qu'il subit des cantons. L'objectif est clair, les cantons se situent dans la ligne de mire de l'administration fédérale qui constate l'éloignement de la perspective sociale visée par la LAMal dans le financement hospitalier et normalement garantie par la Constitution fédérale en vertu de l'article 3, Cst. Ce dernier légiférant sur la répartition des compétences, reconnaît que l'approvisionnement en soins constitue une tâche publique des cantons.

Ce manque de philosophie sociale était-il inscrit dans la loi fédérale?

C'est dans l'article 43, al.4 LAMal que la vision de marché est la plus explicite. En effet, l'esprit de la loi prévoit l'application de règles d'entreprises dans la base du système de tarification qui est lui-même l'élément incontournable du financement. Ce n'est qu'en dernier lieu que les intérêts des assurés sont entendus avant la conclusion des conventions tarifaires. Une vision plus sociale aurait prévu que les conventions soient fixées selon des règles sociales et que les intérêts du marché soient entendus avant la conclusion. L'alinéa 7 de ce même article définit la possibilité pour le Conseil fédéral de fixer les tarifs d'après les règles d'une saine gestion économique.

Le caractère social de la prise en charge des coûts hospitaliers est revendiqué par le Conseil fédéral. Dans son Message du 18 septembre 2000 pour la deuxième révision LAMal, concernant le subventionnement des prestations hospitalières par les cantons, le Conseil fédéral exige que les

cantons aient l'obligation de financer les hôpitaux publics et subventionnés par des recettes fiscales à raison d'au moins 50%.

Tarification

Il est tout à fait aisé d'établir le lien entre tarification et financement. Le prix étant le dénominateur commun de tous les thèmes rattachés au financement hospitalier, raison pour laquelle il est remis en cause dans le conflit majeur lié à la mauvaise interprétation de l'article 41, LAMal dans la prise en charge des prestations hospitalières en dehors du canton de résidence. Les arrêts du Tribunal fédéral des assurances de décembre 1997 et du 30 novembre 2001 ont dissipé le flou juridique sur la question de la participation des cantons dans les traitements hospitaliers hors canton et dans le canton, néanmoins l'application du principe doit faire face au grand défi de la tarification.

Le Message du Conseil fédéral du 18 septembre 2000 pour la deuxième révision confirme que la nouvelle loi sur l'assurance maladie comprend un mélange de mesures interventionnistes favorisant la concurrence. Un regard sur l'article 43 LAMal donne rapidement l'impression que le législateur ne se positionne pas clairement sur la question des tarifs et fait usage du flou et des généralités, laissant ainsi la porte ouverte à diverses interprétations. L'alinéa 2 précise qu'il s'agit d'une base de calcul du tarif qui *peut notamment* inclure les critères mentionnés aux lettres a, b, c et d. L'alinéa 3 d'affirmer que le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient ou par groupe d'assurés. On dénote donc un cadre juridique proposant une grande flexibilité dans les éléments à considérer pour le calcul des prix qui doivent figurer dans les conventions tarifaires. La problématique réside dans le fait que cette base floue représente l'élément central de l'accord qui doit être trouvé entre les parties contractantes d'une convention.

Les coûts hospitaliers étant si différents d'un canton à l'autre, le niveau de la participation cantonale en vertu des arrêts du Tribunal fédéral des assurances de 1997 et 2000 est sujet à de nombreux débats controversés. Les besoins des cantons pouvant varier parfois d'un facteur 100 (cf. annexe 2), le principe d'harmonisation fait appel à de nombreux compromis. Le parlement doit se pencher sur la manière de répartir les coûts lorsque ceux-ci sont plus élevés dans le canton de traitement que dans le canton de résidence. Ce sujet se retrouve au cœur des échanges parlementaires sur le libre choix de l'hôpital comme le confirme le communiqué de presse de la commission santé des Etats du 7 mai 2007 affirmant ce qui suit: "une adaptation aux tarifs du canton de traitement conduirait probablement à un renchérissement généralisé car les assurés auraient tendance, en cas de libre choix, à choisir le traitement le plus onéreux". Le principe de la tarification représente des enjeux importants qui influencent directement le financement des prestations hospitalières.

Coordination entre assurances

Une deuxième problématique qui se pose sur l'application du système de tarification se retrouve dans l'alinéa 7 de l'article 43 LAMal. Le Conseil fédéral est tenu de veiller à la coordination des tarifs LAMal avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales. Ce lien pouvant paraître sans intérêt dans la loi fédérale de l'assurance maladie, présente la contrainte de faire intervenir des intérêts et enjeux supplémentaires dans la prise de décision qui concerne principalement le secteur assurance des soins. En effet, la désolidarisation de la CNA (l'une des principales compagnies d'assurance accident obligatoire suisse) du projet Swiss DRG visant à établir une tarification basée sur les prestations, suscite des conflits au sein du parlement. Un texte déposé le 5 octobre 2006 par Humbel Näf Ruth au Conseil national questionne le Conseil fédéral à ce sujet et remarque: "Cette décision met ce dernier (la CNA) en difficulté et empêche de progresser vers une structure tarifaire unifiée pour toute la Suisse, y compris dans le secteur des soins en hôpital, et dans tous les domaines - assurances-maladie et accidents"⁶. Cette position défendue par la commission des tarifs

⁶ 06.1133 – Question déposé au Conseil national le 05 octobre 2006 par Humbel Näf Ruth, Retrait de la CNA du projet Swiss DRG.

médicaux LAA (comprenant également les assureurs représentant l'assurance invalidité et l'assurance militaire) est motivée par la perte d'autonomie en matière tarifaire qui en découlerait. La LAMal a donc prévu un lien entre l'assurance maladie et les autres assurances sociales, ce qui péjore l'avancement des débats concernant la révision de la LAMal. La réponse du Conseil fédéral met en lumière de manière explicite sa volonté de ne pas intervenir à l'encontre de la décision prise par la Commission des tarifs médicaux (CMT) de l'assurance accident. Celui-ci affirme regretter cette décision du 22 juin 2006 et constate que son impact sera négligeable sur le calendrier du projet Swiss DRG malgré les problèmes qui en découleront au niveau du financement de la phase opérationnelle. Le Conseil fédéral profite pour mettre en évidence le rôle vital joué par Santéuisse et la remise en question du projet si ce dernier devait annoncer son retrait. Le Conseil fédéral confirme dans sa réponse ne disposer d'aucune base légale explicite pour contraindre la Commission des tarifs médicaux LAA de collaborer au projet Swiss DRG. L'article 56 alinéa 2 de la loi fédérale sur l'assurance accidents (RS832.20) pourrait éventuellement conférer au Conseil fédéral la possibilité de déclarer une structure tarifaire déterminante,

Coordination intercantonale

Un autre élément lié à la coordination, se trouve dans l'alinéa 5 de l'article 43 LAMal où il est stipulé que les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme suisse. Le concept du financement des prestations a longuement cheminé dans les coulisses du palais fédéral. Autant l'idée en elle-même est partagée de façon quasi unanime au sein des Conseils, la mise sur pied du cadre législatif est source de conflits majeurs entre les parlementaires. Il faut tout d'abord remarquer que la LAMal pose elle-même les embûches. Premièrement, comme vu précédemment, elle lie la tarification hospitalière aux autres institutions d'assurances sociales, et deuxièmement elle ne reconnaît la mise en vigueur d'une tarification à la prestation que sur la base d'une convention à l'échelle nationale. Or, compte tenu de la complexité du système fédéral comprenant 26 systèmes de santé différents, on peut admettre que la coordination intercantonale nécessaire à une telle évolution reste difficile. D'un autre côté, la justification d'une telle coordination n'est plus à démontrer dans une réalité sociétale où les prestations hospitalières doivent franchir les barrières cantonales. La LAMal prévoit la compétence du Conseil fédéral à fixer les bases d'une telle convention au cas où les partenaires tarifaires n'arrivent pas à un compromis (art. 43, al.5 LAMal). Cette compétence autoritaire du gouvernement fédéral peut représenter une atteinte à l'autonomie cantonale et de là, provoquer des résistances politiques.

Quels sont les enjeux liés au financement des prestations?

Le financement des institutions est contesté depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et malgré la légitimité et le bien fondé d'un financement des prestations, la révision peine à aboutir sur un accord national. Il faut noter que le financement des prestations reste une condition sine qua non dans la mise en place d'un système moniste et gardons à l'esprit la volonté première du Conseil fédéral de mettre en place les conditions cadres pour l'instauration du monisme à long terme. Pour une meilleure compréhension, partons de la base, c'est-à-dire la LAMal pour mettre en lumière les enjeux en question. À l'alinéa 6 de l'article 43 LAMal, les parties à la convention tarifaire et les autorités compétentes sont invitées à veiller aux caractères avantageux des soins. S'agit-il d'avantages d'un point de vue économique, le texte ne le précisant pas, cette interprétation peut être retenue. L'aspect économique de la prestation hospitalière mettant cette dernière à la lumière des coûts qu'elle engendre représente une difficulté majeure dans les critères qui définiront les soins aussi bien de façon qualitative que quantitative. La pression qui sera exercée par les acteurs de l'alinéa 6 de l'article 43 LAMal, sera fonction de la tarification de la prestation qui sera définie. L'article 56 LAMal traitant du caractère économique et de la qualité des prestations, octroie à l'assureur le droit de limiter la rémunération à une limite exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La limite n'étant pas définie, une place considérable est laissée à l'arbitraire dans l'interprétation de cet article.

En d'autres termes, la mise en place d'un système de rémunération à la prestation, présente le risque de limiter le financement selon les critères déterminés. Dans l'exposé d'entrée en matière de la présidente de la commission santé du Conseil des Etats de septembre 2005, celle-ci remarque que dans un système forfaitaire lié à la prestation, une appendicite sera financée à un coût tarifé quelle que soit la gravité et la durée de l'hospitalisation. La commission a suivi le Conseil fédéral dans sa proposition et y voit un effet positif à la transparence des coûts qui en découlera ainsi que la possibilité de procéder à des comparaisons entre hôpitaux.

Comparaisons interhospitalières et concurrence

Les coûts étant si différents d'une structure hospitalière à l'autre, l'harmonisation des coûts par prestations représente un défi de taille, et ceci d'autant plus que la mise en place d'un tel système soit motivée par les comparaisons interhospitalières dans le but avoué de stimuler la concurrence. L'article 49 al.7 LAMal établit clairement le cadre concurrentiel voulu par la loi fédérale, dans la possibilité donnée aux assureurs de dénoncer une convention tarifaire sur la base d'une comparaison du coût par prestation entre hôpitaux. Se référant à cet article, dans l'optique de la deuxième révision, le Conseil fédéral veut insister dans cette disposition sur le fait que les hôpitaux, comme les institutions des soins semi hospitaliers doivent disposer des instruments de gestion nécessaires afin de travailler d'avantage selon les lois du marché. Un argumentaire de Santéuisse de décembre 2004, confirme cette recherche d'efficacité voulue par l'administration fédérale en affirmant que : un système de santé où règne la concurrence est un gage d'une plus grande efficacité. Bien que le terme concurrence n'apparaisse pas explicitement dans la loi, les conditions sont posées en intervenant sur la tarification. Cet article fait mention de comparaison de tarifs entre hôpitaux comparables sans lister les critères qui permettent de déterminer les différentes catégories. En effet, dans cette optique, la tarification des prestations pose un nouveau dilemme consistant à déterminer la charge financière supportée par les forfaits. En d'autres termes, des investissements, des frais d'exploitation, de la recherche et de la formation, quelle serait la meilleure combinaison permettant de parvenir à la maîtrise des coûts visée ? Commentant les adaptations LAMal prévues par le Conseil fédéral, le Conseil des Etats (septembre 2005) remarque ce qui suit :

- concernant l'article 49, al. 1 et 2 LAMal : la rémunération couvre aussi bien les coûts d'exploitation que les coûts d'investissement. La couverture des déficits incombe aux propriétaires des hôpitaux
- Concernant l'article 49, al 3 et 4 LAMal : la disposition devra être adaptée compte tenu du modèle dual fixe. La part des coûts pour la formation et la recherche n'étant pas prise en compte dans les rémunérations.

En mai 2002 (avant l'échec de la deuxième révision LAMal), Luc Schenker, directeur des finances des Hospices cantonaux vaudois-CHUV, recommandait un modèle de financement spécialement adapté pour les hôpitaux universitaires. Il motive sa recommandation par les missions de formation et de recherche confiées à de telles institutions et remarque que : *la mise en concurrence d'établissements de toutes nature et mission représente un risque certain pour les hôpitaux universitaires et les tâches qu'ils assument en commun avec les facultés de médecine*⁷. La notion de concurrence, introduite déjà par la commission pour les questions conjoncturelles en 2001 s'appuyant sur deux expertises commandées au Professeurs Jurg H. Sommer et Pierre Vassalli, semble vouloir s'ancrer dans les débats en rapport à la révision de la LAMal. Le Conseil fédéral quant à lui a clairement pris position dans son Message du 18 septembre 2000, ventant les bienfaits de la concurrence qui contribuerait à une diminution progressive des coûts de production et à une amélioration de la qualité. H+ prend position dans sa réponse à la consultation sur la révision 2bis du 2^{ème} paquet exprimant son soutien dans la démarche consistant à établir d'avantage de concurrence entre les fournisseurs hospitaliers. Il est

⁷ Chambre D de la Commission de la concurrence, séance du 10 septembre 2001. Concurrence et financement des hôpitaux en Suisse, Luc Schenker, Economiste, Institut d'économie et management de la santé de l'Université de Lausanne.

d'avis que les soins médicaux à apporter aux patients nécessitent moins d'intervention de l'Etat et réclame plus d'autonomie pour les partenaires du secteur de la santé dans leurs activités opérationnelles. Toutefois, il refuse une ordonnance sur la comparaison entre hôpitaux et propose une comparabilité externe des hôpitaux basée sur une nomenclature des prestations unifiée à l'échelle nationale. Il reconnaît que la manière de proposer les prestations définies relève de la responsabilité d'entreprise de l'hôpital. En juillet 2001, la commission santé du Conseil des Etats prévoit la mise en place d'un système moniste dans le but d'éliminer les distorsions entre l'ambulatoire et l'hospitalier. En novembre 2006, la commission santé du National souhaite l'application du principe Cassis Dijon dans le but d'augmenter la concurrence entre les hôpitaux. Un rapport de l'OCDE sur la Suisse en 2003, fait état que la concurrence est pratiquement inexistante entre les fournisseurs de soins à cause de l'obligation de contracter. Se référant au secteur hospitalier en particulier, il note que les obstacles liés à la concurrence résultent notamment de l'existence de monopoles locaux hospitaliers et de la difficulté pour les assureurs de négocier les tarifs d'actes médicaux sans disposer d'une information suffisante. La concurrence entre hôpitaux, largement défendue par Santésuisse (la fédération des assureurs maladies) est montrée comme l'un des instruments essentiels à la maîtrise des coûts de l'assurance de base. Dans la même logique du rapport de l'OCDE, Santésuisse se positionne fermement pour l'obligation de contracter en vue de créer une structure basée sur la concurrence entre les prestataires de soins. Objet de débats animés au sein du parlement, la liberté contractuelle est venue pour ainsi dire se greffer à la révision de l'assurance maladie. En novembre 2002, juste avant l'échec de la deuxième révision, le Conseil fédéral est invité à présenter un rapport sur la liberté contractuelle en milieux hospitalier et ambulatoire. Après l'échec de décembre 2002, le Conseil des Etats entend réviser les modalités de la levée de l'obligation de contracter et le Conseil fédéral le positionne dans le premier paquet de mesures législatives à adopter. La concurrence est aussi prônée par H+ Dans une conférence de presse d'avril 2004, après la communication du premier paquet législatif par l'administration fédérale, la fédération des hôpitaux revendique que la révision de la LAMal n'apporte pas assez de concurrence dans le monde hospitalier. Le processus progressif voulu par la fédération mise sur le rôle directeur de la Confédération et sur une levée de l'obligation de contracter différente de celle proposée par l'administration fédérale suite à la première révision de la loi. Un véritable bras de fer concernant les données médicales prend place dans la tarification à la prestation dans la mesure où les assureurs réclament les codes diagnostiques liés aux prestations. La sensibilité des données médicales pose de nombreux problèmes éthiques et représente également un instrument permettant un réel exercice de pouvoir entre les acteurs. Au printemps 2007, le Conseil national, ne s'alignant pas avec la proposition de révision de la chambre des cantons, refuse la proposition visant à obliger le fournisseur de prestations, dans le cas des forfaits liés à la prestation, à faire figurer sur la facture les diagnostics.

Financement hospitalier et financement des soins

Le dernier aspect lié à la tarification méritant d'être relevé est en rapport avec l'article 49, al.3 LAMal faisant le lien entre la tarification hospitalière et la tarification des soins. Le chapitre des soins prévu dans la troisième révision est débattu dans la deuxième, ce qui a eu pour effet de repousser les votations initialement programmées pour octobre 2003 au printemps 2004. Le financement des soins étant lui-même rattaché à d'autres intérêts notamment l'assurance en ambulatoire, le débat de la révision s'alourdi et se complexifie. La prise en compte des soins, et donc du financement du système ambulatoire comme le suggère le lien établi entre l'article 49, al.3 et l'article 50 LAMal met en évidence toute la problématique liée aux effets de transferts du stationnaire à l'ambulatoire.

5.2 Système de financement hospitalier

5.2.1 Éléments de la LAMal

Article 49, al.1 LAMal

La notion de forfait est introduite pour la rémunération des traitements et des séjours hospitaliers. Il s'agit de fixer une convention tarifaire où les parties à la convention peuvent contribuer au financement jusqu'au plafond de 50% des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés. Les coûts imputables étant établis lors de la conclusion de la convention. Ne sont pas considérés dans ces coûts, la part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissements et les frais de formation et de recherche.

Article 49, al.7 LAMal

Les cantons et hôpitaux sont tenus de fournir aux gouvernements cantonaux ou au Conseil fédéral, les pièces nécessaires à l'analyse des coûts d'exploitation dans le but de comparer entre eux les hôpitaux. Il est accordé aux assureurs le droit de dénoncer une convention, si la comparaison des coûts avec une institution comparable fait ressortir un surcoût.

5.2.2 Problématique

Modèle dual

Dans son Message de septembre 2000, le Conseil fédéral suggère de ne pas remettre en question le système de manière conséquente et s'oppose à l'instauration du monisme à court terme à cause du manque de consensus politique et l'absence de conditions cadre. Il prévoit toutefois dans cette deuxième révision, des mesures qui faciliteront sa mise en place à long terme. C'est le retrait progressif des cantons dans le financement hospitalier qui motive le Conseil fédéral à proposer un système dual où les cantons et assureurs se partagent la charge financière du financement hospitalier de 50% chacun (cf. tableau 1, annexe).

De son côté, Santésuisse exige une clé de répartition de 60% aux cantons et 40% aux assureurs et ceci dans le but d'éviter une augmentation des primes pour les assurés. Dans un Message de juillet 2004, les assureurs affirment qu'ils ont adhéré au modèle dual fixe pour ne pas compromettre le projet de révision mais que cette répartition paritaire engendrera des coûts supplémentaires. Au Conseil des Etats, la clé de répartition proposée par le Conseil fédéral ne fait pas l'unanimité. En septembre 2005, le Conseil des Etats et sa commission santé, dans le même sens que les assureurs, voient un effet catastrophique au niveau des primes et prévoient une augmentation de 7% des primes en moyenne suisse, suite à l'application du système tel que présenté par le Conseil fédéral. Cette augmentation est expliquée par la grande diversité existant entre les cantons au niveau des primes. L'échec d'une telle proposition au plénum semble certain, rapporte la présidente de la commission. Dans le même sens, la proposition de la répartition telle que retenue par Santésuisse est estimée vouée à l'échec par la commission des états. Sous proposition de sa commission, le Conseil des Etats adopte à l'unanimité que les cantons doivent participer selon une quote-part définie ne pouvant être inférieure, sauf exception, à la moyenne suisse. Cette disposition prévoit une adaptation progressive de la quote-part selon qu'elle se situe au dessus ou au dessous de la moyenne suisse au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Est pris en compte également, le niveau des primes au niveau cantonal, pour une adaptation plus juste des cantons où les primes sont bien au dessous de la moyenne nationale avant l'entrée en vigueur. Le modèle dual fixe pose un sérieux défi dans la définition de la clé de répartition tellement les intérêts économiques et politiques sont importants. D'une part, les cantons oeuvrent ensemble pour préserver leur autonomie dans le financement hospitalier et d'autre part, la grande diversité des contextes cantonaux serait à l'origine d'effets très variés au niveau de la charge financière qui en résulterait. Le consensus politique est d'autant plus difficile à trouver que les décisions parlementaires sont largement influées par les différents acteurs.

Le modèle dual fixe tel que proposé par le Conseil fédéral, prévoit la prise en compte des assurés privés et semi privés selon les arrêts du tribunal fédéral de 1997 et 2001. La chambre haute estime que le modèle sera contesté et le blocage des cantons sera inévitable. En effet, les cantons refusent catégoriquement le modèle de la Confédération. Le délégué du Conseil d'état aux affaires fédérales du canton de Vaud affirme qu'il s'agit d'une *nouvelle menace pour les finances cantonales*, motivant que la *prise en charge des hôpitaux non subventionnés occasionnerait une perte supplémentaire de 85 millions de francs par an*⁸. Le canton de Vaud et la conférence des directeurs cantonaux de la santé sont partisans du *modèle statu quo ante* prônant les conditions avant l'arrêt du Tribunal fédéral de 2001.

Bien avant l'application du système dual fixe proposé par le Conseil fédéral, ce dernier prévoyait déjà de passer au monisme à long terme après la mise en place des conditions suffisantes.

Le monisme

Qu'est ce que le monisme ?

Un système de financement des prestations faisant intervenir un acteur unique du côté de la demande représentant l'agent payeur. Plusieurs types de monismes peuvent être considérés, ils se distinguent principalement par les 3 critères suivants :

- Qui joue le moniste ?
- Quelle est la clé de répartition des contributions cantonales et assurances ?
- Comment sont prises en compte les contributions cantonales ?

Qui doit être le moniste ?

En juillet 2001, la commission santé du Conseil des Etats prévoit la mise en place du monisme pour éviter les distorsions entre l'ambulatoire et le stationnaire. En août 2002, en accord avec son conseil, elle souhaite une transition expéditive et attend du Conseil fédéral un projet concret d'ici à juin 2005. En juillet 2004, H+ répond à la consultation sur la révision 2bis du 2^{ème} paquet et souhaite une introduction rapide du monisme. Sceptique du rôle de l'assureur en tant que moniste, il lui semble inadéquat que ce dernier procède à une sélection des fournisseurs de prestations bon marché et de qualité élevée.

La prise de position de Santésuisse est claire, il incomberait aux assureurs de jouer le rôle du moniste, lequel permettra à l'assureur maladie d'exercer les pressions nécessaires sur les prestataires de soins dans le but de stimuler la concurrence. Bien au contraire, les cantons s'opposent farouchement à ce transfert de pouvoir aux assureurs. Le canton de Vaud et la CDS (conférence des directeurs cantonaux de santé), sont d'avis que : *le monisme confère un poids surdéterminant aux assureurs, quand bien même le système de santé en Suisse repose sur une multitude d'acteurs entre lesquels des équilibres doivent être préservés* (rapport du délégué du Conseil d'état aux affaires fédérales du 7 février 2005).

Le rapport du professeur Robert Leu commandé par l'administration fédérale recommande l'assureur ou l'institution managed care en tant que monistes.

La clé de répartition dans le monisme

Comme dans le système dual fixe développé en sus, nous sommes en présence d'une variable à caractère purement politique, faisant intervenir d'un côté, la répartition des compétences entre les cantons et la Confédération, et de l'autre, les conséquences et effets d'une telle décision.

⁸ Vaud Info 04.032, 04.061/2, fiche numéro 8 du 18 octobre 2004. Révision LAMal : Ne pas transformer les cantons en 5^{ème} roue de la diligence !

Comment organiser le subventionnement cantonal ?

L'idée commune aux différentes approches du monisme est que les contributions cantonales aboutissent à l'endroit où est effectuée la prestation. La participation cantonale peut, soit passer par le moniste qui affecte la subvention aux fournisseurs, ou peut arriver directement à l'assuré par le biais des impôts. De ces deux grands axes, plusieurs modèles peuvent émerger.

Considérations générales sur le monisme

L'entrée en vigueur d'un financement moniste avec l'assureur dans le rôle du moniste provoquerait un changement de statut important pour les cantons. Ces derniers ne seraient impliqués que du côté de l'offre, et le cas échéant, assumerait son rôle d'arbitre dans les litiges au niveau des conventions tarifaires.

Contrairement au système dual fixe qui se concentre dans le domaine hospitalier et semi hospitalier, le financement moniste prévoit un même mode de subventionnement, que ce soit dans le domaine stationnaire ou ambulatoire.

Le système prévoit une étendue nationale, c'est dire que les considérations cantonales et voire régionales passent au second plan.

Compensation des risques

La compensation des risques est une condition sine qua non pour l'instauration du monisme afin d'éviter le creusement des écarts de coûts entre assureurs. Remarquons que ce thème, au même titre que le managed care, est venu se greffer à la 2^{ème} révision dès l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 novembre 2001.

En novembre 2002, le Conseil national invite le Conseil fédéral à présenter une nouvelle formule de compensation des risques. Après l'échec de la 2^{ème} révision de décembre 2002, l'amélioration de la compensation des risques est encore prévue dans le projet bis.

Mai 2006, la formule de la compensation se voit améliorée en ajoutant aux critères du sexe et de l'âge, celui du risque élevé de maladie.

Nous nous trouvons une fois de plus dans l'optique d'amélioration des conditions cadre qui faciliteront l'instauration du monisme, comme prévu selon le Message du 18 septembre 2002 du Conseil fédéral.

5.3. Les acteurs principaux

Les cantons

L'article 3 de la Constitution stipule que : « les cantons sont souverains tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération ». Dans le domaine de la santé, elle attribue la compétence générale en matière de santé publique aux cantons. Néanmoins, le besoin d'harmonisation à l'échelle nationale change peu à peu le paysage de l'autorité sanitaire.

« Révision LAMal : ne pas transformer les cantons en 5^{ème} roue de la diligence ! » (VaudInfo, octobre 2004)

« Un des points clé du budget global dans le cadre du NPM (new public management) est que la direction stratégique (autorités cantonales etc...), se retire de l'opérationnel et confie autant que faire se peut, les tâches de gestion à la direction de l'hôpital » (médias et managed care 6.2002).

Bien que la Constitution attribue un rôle distinct au canton dans la gestion de la santé publique à l'intérieur de ses frontières, les deux citations ci-dessus nous rappellent que ce rôle n'est pas forcément approuvé de tous. Les cantons, sous la menace et l'autorité du Conseil fédéral rappellent à ce dernier qu'ils ne veulent pas être considérés comme la cinquième roue du char. Le point de vue du managed care dans la deuxième citation, remarque que l'autorité que représente le canton, devrait plutôt se tenir à l'écart du fonctionnement proprement dit de la structure hospitalière et laisser évoluer les professionnels.

Le rôle du canton au sein du système de santé est fortement remis en question dans les révisions de la LAMal, et plus particulièrement dans la 2^{ème} révision. Le cantonalisme est-il une force ou une faiblesse pour le système de financement hospitalier dans un pays où le système de santé est très décentralisé ? En d'autres termes, l'autorité et le pouvoir du canton se justifient-ils alors que la santé publique devient progressivement une affaire nationale ?

Dans le débat autour du financement des hôpitaux, de nombreuses interactions apparaissent entre les acteurs. De manière générale, le Conseil fédéral, le Parlement, les assureurs et les hôpitaux semblent vouloir restreindre la liberté du canton et exiger une participation financière plus importante. Les assureurs maladie et le Conseil fédéral, constatant le désengagement financier des cantons, proposent une révision de la loi fédérale visant à positionner le canton du côté de l'offre dans un système régit par la concurrence. Il est vrai que la diminution progressive de la participation cantonale au financement hospitalier a permis de remettre en question le rôle social qui lui est attribué en vertu de la Constitution et de la LAMal. D'un autre côté, il pourrait être équitable de prendre en compte l'intervention de l'Etat cantonal à d'autres niveaux et d'autres domaines rattachés à l'hospitalisation comme par exemple la mise à disposition du cadre structurel qui facilite la consommation en prestations hospitalières. Ce point de vue ressort également dans le débat autour des éléments qui doivent être considérés dans le calcul du tarif de la prestation, comme les investissements, la recherche et la formation.

Les cantons de leur côté, s'engagent dans un processus de bras de fer au travers du parlement afin de diminuer au maximum la charge financière liée au financement des prestations hospitalières et souhaitent revenir à la situation pré LAMal. La motivation des cantons est fonction du potentiel d'endettement que représente la charge financière due à l'application stricte d'une contribution cantonale selon le point de vue de l'assureur maladie.

Les mises en consultations ont permis de noter que derrière les conférences des directeurs cantonaux de la santé, la défense des intérêts communs est témoin d'une grande solidarité intercantonale. D'un autre côté, le fédéralisme est tel que, la grande diversité existant entre les cantons met en avant des besoins et des moyens très différents, ce qui contribue fortement à une polarisation des points de vues dans la clé de répartition à trouver pour un financement équitable. La capacités financière, l'offre de soins et le niveau des primes maladies représentent des critères essentiels dans le consensus qui doit être trouvé.

Le Conseil fédéral

A teneur de la Constitution helvétique, Confédération a des compétences dans les seuls domaines où ces dernières lui ont été attribuées, par une double majorité (cantons, peuple). Dans le domaine de la santé, les compétences de la Confédération sont limitées. Néanmoins, l'évolution des besoins de la société et la complexité d'un système sanitaire éclaté laissent une place de plus en plus importante à la Confédération, et un nouveau rôle se dessine sur la carte sanitaire. La mission d'une

coordination intercantonale est implicite dans la LAMal qui établit l'autorité du Conseil fédéral à fixer les règles en cas de désaccords des cantons. Pourtant, comme développé dans le chapitre de la planification hospitalière, l'intervention du Conseil fédéral par le biais de sa jurisprudence en la matière a plutôt mis en évidence une incitation négative à toute harmonisation cantonale et un effet contre productif de la maîtrise des coûts.

L'implication progressive de la Confédération a conduit à un enchevêtrement des compétences et une densification croissante de la réglementation en matière de santé.

On dénote 27 unités administratives réparties entre 7 départements fédéraux dans le paysage sanitaire et une trentaine de commissions extraparlémentaires conseillant le gouvernement fédéral. La vue d'ensemble au niveau de l'administration représente un défi de taille où interviennent des interactions motivées par des intérêts les plus divers. A titre d'exemple on peut se référer au transfert des divisions assurances maladies et accidents de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en janvier 2004. Il est donc légitime de se demander pourquoi le chef du département des affaires intérieures procède à un remaniement aussi important en pleine période de révision de la LAMal. Les raisons d'une telle restructuration administrative n'étant pas le but de ce travail, nous nous contentons simplement de ne pas négliger son importance dans le cadre du financement hospitalier.

Le rôle autoritaire du Conseil fédéral dans la coordination intercantonale est certes, une nouvelle réalité, mais il reste compromis par l'allégeance des membres du Conseil vis-à-vis de leur propre parti politique et de l'esprit de collégialité qui doit être préservé. Il faut tout de même ajouter, l'influence d'acteurs externes tels que, les cantons, l'industrie pharmaceutique, les assureurs maladie et les prestataires de soins, qui influencent l'agenda politique du gouvernement. La pertinence et les compétences des groupes de pressions ne sont pas sans effets sur les décisions gouvernementales, les rapports étroits du chef du département des affaires intérieures avec la branche assurance restent un exemple des plus flagrants.

Il sera intéressant de voir, à l'avenir, si le changement d'instance de recours (du Conseil fédéral au Tribunal administratif fédéral) contre les décisions des cantons entraînera des changements.

Le Parlement

L'activité administrative du gouvernement nécessite une base légale dépendant directement du pouvoir législatif du Parlement. Ce dernier, en plus de son rôle décisionnel dans la mise en place d'un cadre juridique, possède un pouvoir considérable dans la prise en compte des objets parlementaires au niveau de l'agenda politique. Le phénomène de *la navette* entre les 2 chambres est bien visible dans la chronologie des révisions de la LAMal. La pression exercée par le Parlement sur le Conseil fédéral dans les travaux à effectuer est remarquable, notamment dans les propositions qui lui sont demandées.

De son côté, la chambre des cantons ne peut négliger les mises en consultations faisant intervenir l'avis des cantons sur les objets discutés. En effet, le consensus politique entre les cantons et sa chambre revêt une importance capitale dans l'équilibre entre Confédération et canton. Cet équilibre délicat apparaît notamment dans le débat sur la définition de la clé de répartition du financement hospitalier.

L'activité de lobby, omniprésent à l'Assemblée fédérale rend les prises de décisions difficiles tant les intérêts divergent. L'industrie de la santé étant bien représentée au niveau des parlementaires, les conflits deviennent inévitables.

Les prestataires de soins

Dans ce groupe on distingue les différents types d'hôpitaux selon leurs formes juridiques et leurs missions dans la société et les fournisseurs privés ou publics.

D'une manière générale, il serait aisé de remarquer que l'autonomie reste la revendication première. La particularité du système helvétique faisant intervenir un secteur privé fort et indépendant mais à la fois tributaire de conventions arbitrées par le secteur public, laisse apparaître une fragilité des relations entre les acteurs principaux et l'importance du lobbying.

Les assureurs

Bien que la LAMal n'attribue pas de rôle actif aux assureurs, il leur est conféré le droit de dénoncer les conventions tarifaires et de là, exercer une influence non négligeable sur l'équilibre du système sanitaire. Leur influence politique représente un poids important, d'une part au travers de l'influence de SantéSuisse dans la politique nationale, d'autre part à cause de l'influence directe sur le contribuable à travers le niveau des primes. Le positionnement de la fédération des assureurs au sein de nombreux débats comme celui de la clé de répartition du financement hospitalier étant motivé par la volonté de ne pas faire peser sur le contribuable une charge financière supplémentaire. Ce motif souvent formulé, ne laisse pas la chambre du peuple indifférent étant donné sa portée politique.

6. SECTEUR PRIVE VS SECTEUR PUBLIC

6.1. Eléments de la LAMal

Article 39, al.1 let.d LAMal

« Les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate »

L'admission des institutions privées dans la planification hospitalière cantonale est reconnue en vertu de cet article. Néanmoins, la prise en considération de manière adéquate ouvre la porte à de nombreuses interprétations.

Article 43, al.4 LAMal

Ceux-ci (l'autorité compétente et les fournisseurs) veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée.

La loi introduit clairement la compatibilité qui doit exister entre les conventions tarifaires de sorte que le secteur privé puisse se positionner de façon compétitive.

6.2. Problématique

« À la difficile tâche de coordination entre pouvoirs publics, s'ajoute la tâche plus ardue encore de coordination et de concertation avec le secteur privé » (les politiques suisses de santé, vol.1, p39).

Concilier des objectifs d'intérêts publics et politiques en faisant appel aux compétences du secteur privé. La Suisse n'est pas une exception dans la matière, le débat peut se décliner dans toutes les langues et toutes les cultures au fil des siècles. Il n'en reste pas moins que le système libéral prôné par la Constitution helvétique fait de l'acteur du secteur privé, un partenaire officiel dans les tâches de l'état.

Le concept d'économie d'entreprise est ancré dans la LAMal à l'article 43, al.4.

L'institution privée dans la planification

La LAMal est explicite sur ce sujet, les mandats de prestations publiques ne sont pas limités exclusivement aux seuls hôpitaux publics. Il a été développé plus haut que la jurisprudence du Conseil fédéral datant de l'entrée en vigueur de la LAMal a été mise à contributions dans les nombreux recours contre la planification cantonale. Le secteur privé hospitalier a saisi cette compétence du gouvernement en plusieurs occasions dans la poursuite de leurs intérêts. La grande majorité des décisions étant en faveur des recourants, le ton était vite perçu à l'échelle nationale. L'hôpital privé fait désormais partie intégrante de la santé publique et les débats sur le financement ne sauraient l'y exclure.

A la session d'hiver 2003, le Conseil des Etats a décidé que les inégalités de traitement entre cliniques privées et hôpitaux publics n'étaient plus justifiées dans la planification hospitalière des cantons et que ce principe devrait s'étendre jusqu'à l'entrée en vigueur d'un système moniste. Le lien établi ici entre la considération du secteur privé et l'établissement du monisme, laisse à penser que le projet du monisme à long terme tel que proposé par le Conseil fédéral suffira pour garantir la place du privé dans la santé publique.

Attribution des subventions cantonales

En novembre 2000, la commission santé du Conseil des états prévoit de considérer les hôpitaux publics et privés sur la même base dans le financement.

Avril 2002, la commission du National propose l'inclusion des hôpitaux privés dans le plan de paiement échelonné élaboré par le Conseil des Etats, ceci afin d'éviter de créer 2 catégories d'assurés privés. Un débat animé en résulte où une parlementaire parle de *cadeau irréfléchi et sans contre prestations fait aux assureurs et aux hôpitaux privés*.

Le Message contradictoire implicite dans la LAMal est flagrant. Les cantons sont tenus de planifier l'offre hospitalière mais doivent prendre en compte les organismes privés qu'ils ont l'obligation de subventionner à hauteur de l'assurance obligatoire des soins.

Le deuxième paquet de mesures législatives après l'échec de révision LAMal de décembre 2002 prévoit des traitements identiques pour les hôpitaux publics et privés figurant dans la planification hospitalière.

C'est en vertu de l'article 39, al.1 let d LAMal que la prise en considération des hôpitaux privés se justifie dans le financement. La considération de manière adéquate (selon la LAMal) étant discutable, la mission de maîtrise des coûts par la limitation de l'offre envisagée par le Conseil fédéral peine à s'imposer dans la prise en compte des prestations hospitalières.

La position des assureurs maladie dans le débat public-privé sur le financement des hôpitaux est édifiante dans la mesure où le rôle public normalement desservi par l'assurance de base représente une opportunité financière sur le marché de l'assurance privée. Malgré les dispositions de la loi fédérale prévoyant une séparation nette entre les 2 formes d'assurances, le lien vite établi permet d'identifier les intérêts qui peuvent causer une entrave à la vision publique de la santé. L'implication des assureurs dans le projet du managed care est l'officialisation de la relation souhaitée par ceux-ci avec les prestataires du public ou du privé.

6.3. Les acteurs principaux

La conception sociale de l'Etat dans la santé, couplée à une idéologie libérale permet l'évolution d'un système de santé où les nombreux conflits d'intérêts peuvent paralyser les prises de décisions.

Le secteur privé

Se fondant sur le principe de la concurrence, de l'économie d'entreprise et des lois du marché, le système sanitaire suisse laisse une place importante au secteur privé. L'économie de marché est visible dans la LAMal, comme vu précédemment. Le système privé comporte aussi bien les institutions orientées vers le profit que ceux d'utilité publique.

L'article 27 de la Constitution traitant de la liberté économique, n'est pas considéré à la légère quand il s'agit du marché de la santé.

Les nombreux intérêts du secteur privé sont défendus à tous les niveaux politiques de la Confédération. « Près d'un parlementaire sur trois roule pour la santé sous la Coupole. Impliqués jusqu'aux chevilles pour certains, jusqu'au cou pour d'autres, dans les affaires des assureurs, des hôpitaux, de l'industrie pharmaceutique et de tous les autres acteurs des professions bleues, les élus fédéraux ne parviennent plus à faire avancer ensemble la grande machinerie LAMal. » (Le Temps, 7 octobre 2005). H+, Santésuisse, Interpharma (représentant de l'industrie pharmaceutique) attendent de l'Etat, des interventions minimales. Seul le cadre juridique favorisant le libre marché est plébiscité par ceux-ci.

Les intérêts privés sont puissants et bien représentés par la quasi-totalité de l'offre des soins. La dépendance au secteur privé est telle que les décisions en matière de santé doivent la considérer avec beaucoup d'attention.

Le monisme, la liberté contractuelle, le managed care, l'assurance privée, la compensation des risques, le financement des prestations et le libre choix de l'hôpital sont des thèmes récurrents largement défendus par le secteur privé, sont venus se greffer au débat sur le financement hospitalier.

L'Etat

La vision de l'Etat au sujet de la santé est explicitement mentionnée dans l'article 41, dans la Constitution : « la Confédération et les cantons s'engagent, en complément à l'initiative individuelle à ce que toute personne bénéficie de la sécurité sociale et reçoive les soins nécessaires à sa santé. » Le triple objectif de la LAMal, à savoir, renforcer la solidarité entre les assurés, combler les lacunes du catalogue des prestations et la maîtrise des coûts, s'aligne dans la même idéologie prévue dans la Constitution. Néanmoins, les relations de l'Etat (à tous les niveaux) avec les autres acteurs du système sanitaire s'avèrent primordiales pour les adaptations nécessaires à l'évolution des besoins sociétaux. Une autre disposition de la Constitution vise explicitement l'assurance-maladie : « La Confédération légifère sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents » (art. 117, al. 1).

Dans le financement hospitalier, la Confédération entend jouer un rôle actif dans la coordination intercantonale, mais doit simultanément s'affranchir des nombreuses influences du secteur privé tout en préservant le cadre structurel utile nécessaire à la prospérité économique du marché national.

La séparation entre l'assurance sociale et l'assurance privée (ou semi privée) voulue par le législateur en instaurant la LAMal se trouve compromise par la loi fédérale elle-même dans la mesure où la prise en considération des hôpitaux et cliniques privés dans la planification hospitalière déclenche

automatiquement le financement cantonal à hauteur du tarif applicable à l'assurance de base. On se trouve donc en présence d'une situation où l'Etat assume une responsabilité à caractère social tout en cautionnant une certaine concurrence entre les secteurs privé et public.

7. LES INTERETS PARTICULIERS DANS L'ETAT DE DROIT

Il paraît légitime de se questionner sur la place des intérêts particuliers dans l'état de droit, tant ils sont inévitables et que les conséquences d'une non prise en compte représenteraient une menace pour la cohésion sociale. La motivation première de tout être humain est directement liée à ses besoins propres. Les travaux de Maslow en la matière identifient les besoins suivants : physiologiques, de sécurité, d'amour et d'appartenance, d'estime et d'autoactualisation. La légitimation de la défense de ses intérêts se retrouve à tous les niveaux des différents besoins de l'homme. Ceci dit, toute activité humaine se justifie par sa motivation qu'elle soit consciente ou inconsciente. La vie en société, amenant les individus à évoluer dans des espace-temps et espace-géographiques limités, les jeux de pouvoir pour le contrôle des ressources rares semblent inévitables.

Les jeux de pouvoir qui découlent des conflits d'intérêts représentent une menace permanente pour la garantie de l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité requises pour les décisions politiques. Nous adoptons par consensus la définition du conflit d'intérêt de l'Encyclopédie canadienne *historica* : « un conflit d'intérêts peut être défini comme une situation où des politiciens ou des fonctionnaires ont un intérêt réel ou potentiel (habituellement pécuniaire) qui pourrait influencer ou sembler influencer sur l'exécution de leurs fonctions officielles ». L'exercice du pouvoir politique par un représentant de l'Etat exposé à des conflits d'intérêts nous amène à douter de la réelle séparation des 3 pouvoirs. Montesquieu, le père de ce concept (*la séparation des pouvoirs*), disait : « Pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir. ».

La législation manquante ou souvent lacunaire dans le domaine de la gestion des conflits d'intérêts pourrait s'avérer primordiale dans un Etat où les parlementaires sont des miliciens et donc amenés à remplir simultanément divers mandats parfois paradoxaux. Il est bien entendu que certains types d'intérêts sont inévitables, tels que ceux liés aux fonctions de parents, citoyens, propriétaires. Néanmoins, on pourrait se demander dans quelle mesure il ne serait pas éthiquement plus concevable de limiter l'exercice d'un mandat politique en cas d'un potentiel de conflits dommageable à la prise de décisions objectives.

En matière de collisions d'intérêts, l'un des exemples récent le plus dramatique est l'affaire du sang contaminé en France où les fonctionnaires chargés de protéger le public étaient également intéressés financièrement par le commerce du sang.

Les acteurs du système sanitaire présentant chacun leurs spécificités, il conviendrait d'ergoter quelque peu sur leurs motivations en vue d'un arbitrage plus juste de leurs droits et devoirs ensuite, de s'attarder sur quelques aspects propres au système helvétique qui catalysent les conflits d'intérêts dans le domaine de la santé publique.

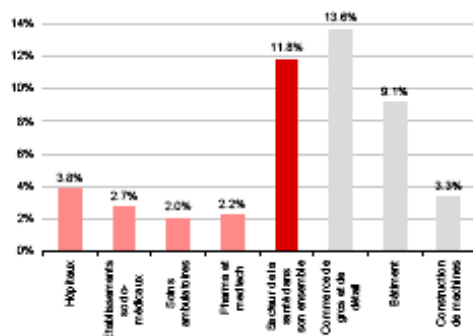
7.1. Le citoyen consommateur de prestations médicales

Dans notre système démocratique, le peuple élit ses représentants dans le but de la défense de ses intérêts propres qui se retrouvent également dans ceux de sa communauté. C'est en effet en fonction des promesses faites à la société que l'individu porte son choix et place les candidats aux

postes de responsabilités qui correspondent à une certaine vision de la société. L'hétérogénéité des citoyens se traduit également par une grande diversité des besoins, et donc des motivations. La consommation en matière de santé, un bien pas comme les autres, mérite d'être considérée avec prudence, tant son caractère fait intervenir aussi bien la dimension individuelle que collective.

Le secteur de la santé dans son ensemble représente 11.8% des emplois, comme le montre le graphique ci-dessous. Les hôpitaux pour soins aigus salarient plus de 120'000 personnes, c'est dire qu'il s'agit d'un employeur important.

Graphique 1 : les emplois entre les acteurs de la santé et par rapport à l'ensemble des emplois.



Source : Infriso, création de valeur et emploi dans le secteur de la santé en Suisse, 2006

Chez le citoyen consommateur de prestations médicales, on distingue le citoyen employé dans le secteur de la santé et celui qui ne l'est pas. Bien que le premier soit directement exposé aux conséquences liées aux décisions politiques affectant sa profession, il n'est pas exclu que le deuxième soit aussi touché indirectement par l'effet dominos. L'employé du secteur de la santé est tout autant intéressé à garder voire améliorer son potentiel de gain que d'être dans un système lui permettant de tirer le maximum de bien-être en cas de recours aux soins médicaux. Ces intérêts peuvent dans certaines situations paraître paradoxaux quand il s'agit de soutenir ou de combattre une disposition visant à modifier le cadre du système sanitaire.

Chez le citoyen, on peut aussi distinguer celui qui a souvent recours aux soins médicaux de celui qui consulte rarement. C'est ce principe de solidarité entre malades et bien portants que le Conseil fédéral a voulu mettre en application en instaurant par la LAMal, le caractère obligatoire dans l'assurance de base. Le propre à l'homme n'étant pas de supporter les conséquences de la maladie de son concitoyen, la loi a prévu des dispositions permettant de mutualiser le risque de tomber malade contre une diminution du gain individuel au travers des primes d'assurances obligatoires.

7.2. L'assureur maladie

Dans la révision de la LAMal où les assureurs maladie jouent un rôle incontestable, les critiques de Dormond Béguelin Marlyse (S, VD) député parlementaire, sont sévères : « il paraît quand même difficile de croire qu'un parlementaire, rétribué par un assureur à raison de plusieurs dizaines de milliers de francs par année, garde toute son indépendance dans un débat où les intérêts de celui qui le paie son directement en jeu...on peut se demander si cette représentation massive est encore compatible avec la démocratie. »⁹.

Le message de Santésuisse est toujours très clair dans les papiers de positionnements. Les assureurs réclament plus de contrôle que ce soit dans l'élaboration du cadre juridique de la santé que dans

⁹ 06.079 Conseil national – Session de printemps 2007 – séance du 05 mars 2007 à 14h30 sur l'adaptation des règles d'incompatibilité. Modification de la loi sur le Parlement AB2007 N 3 /BO 2007 N 3.

l'application des dispositions. Ils réclament l'accès aux données médicales et plébiscitent la mise en concurrence des prestataires de soins qu'ils seraient à même de reconnaître selon leurs propres critères. Le monisme (avec l'assureur en tant que moniste), la levée de l'obligation de contracter, la constitution de réseaux de santé managed care sont défendus corps et âmes par l'association faitière. Le lobbying de l'assureur est puissant, il s'infiltré dans les coulisses du Palais fédéral et fait entendre ses intérêts à plusieurs niveaux stratégiques de l'état.

Les conflits sont aussi majeurs dans cette branche où les intérêts divergent entre l'assurance obligatoire des soins et l'assurance complémentaire, et ce, d'autant plus que la concurrence entre caisses répond aux simples lois du marché. Alors que le financement de l'assurance de base s'effectue au travers des impôts et des primes maladies et que le but de cette mission est non lucratif, on assiste chaque année à une concurrence acharnée des caisses dans ce même domaine. L'assurance sociale prévue par la loi, sert-elle d'opportunité de gain, et dans ce cas, son objectif est-il atteint ?

Le thème de la compensation des risques venu s'ajouter au débat sur la révision de la LAMal montre à quel point la solidarité entre caisses défendue par leur société faitière revêt un intérêt majeur sur le plan économique. L'assureur entend percevoir des primes liées aux risques qu'il assure tout en minimisant son risque financier lié à la sélection adverse des assurés. La défense de cette compensation pour risque de maladie élevé évoqué lors des débats parlementaires a été assurée par les défenseurs des intérêts particuliers de la branche assurances maladie avec succès.

Le secteur de l'assurance c'est aussi un pourvoyeur d'emploi, et donc à considérer avec toute la prudence requise compte tenu de son impact social.

7.3. Le fournisseur de biens sanitaires

L'autorité légitime, dont le professionnel, est investi est indispensable à la mobilisation et à l'orientation des ressources de la collectivité dans le secteur de la santé. (Talcott Parsons : « structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne in *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris 1955 »). La marge de manœuvre du prestataire de soins, du décideur thérapeutique représente un aspect important dans le contrôle du volume des prestations fournies. Dans l'hospitalisation, le médecin choisit le parcours du patient et le niveau des ressources qui seront mobilisés pour atteindre l'objectif thérapeutique.

Dans le cadre de l'industrie pharmaceutique ou de la technologie médicale, c'est la pression sur les tarifs et la reconnaissance officielle des prestations qui pèsent sur les décideurs. Les scandales des médicaments Vioxx en Amérique ou du Lipobay en Europe ayant défrayé la chronique sont des exemples récents montrant le résultat des jeux de pouvoir entre l'industrie et l'administration gouvernementale chargée de l'évaluation des produits thérapeutiques.

Le fournisseur, spécialiste dans son domaine, apportera son expertise à la société mais au prix de la maximisation de son profit. Les rôles sociaux et économiques de l'industrie ne sont pas négligeables sur la scène du travail mais aussi au niveau de l'économie nationale. La menace de délocalisation représente une arme redoutable pouvant déclencher des conflits sociaux majeurs. Nul n'est besoin de mentionner le poids d'une telle pression au niveau gouvernemental.

Le fournisseur de prestation, c'est aussi en quelque sorte, le citoyen lambda qui défend sa caisse de retraite, en tant qu'actionnaire d'une telle société. Ce dernier subit la pression exercée sur les tarifs en payant sa facture individuelle ou la facture collective par le biais de l'impôt, entre-temps il encaisse les dividendes de ses actions boursières.

7.4. L'Etat

Distinguons deux rôles joués par l'Etat, soit le rôle en tant que fournisseur de soins dans le cas du canton propriétaire d'établissements hospitaliers et le rôle de régulateur. Pour ce qui est du premier rôle nous nous référons au paragraphe précédent en mentionnant que cette particularité de la double casquette comporte ses avantages et inconvénients suivant le point de vue considéré. En effet, l'hôpital cantonal peut représenter une source importante de revenu pour le canton mais aussi une menace financière comme nous l'avons étayé dans le conflit entre assureurs et cantons du à la mauvaise interprétation de l'article 41 LAMal.

Intéressons-nous à la mission de régulatrice de l'Etat (par Etat, nous entendons toutes les institutions de l'appareil gouvernemental). La mission régulatrice de l'Etat consistant à un arbitrage des intérêts particuliers est titanesque.

Le représentant de l'Etat n'échappant pas aux défis personnels mentionnés dans le paragraphe sur les citoyens, il est appelé en plus à assumer ses responsabilités politiques tout en restant cohérent avec ses propres motivations. Ce défi devient d'autant plus important que le système politique suisse est constitué de miliciens qui doivent assumer leurs mandats politiques en parallèle avec leurs activités professionnelles. Comment concilier les intérêts de la plupart avec ses intérêts propres ? Prendre des décisions parlementaires sur le financement hospitalier peut représenter un exercice périlleux quand ses propres investissements financiers sont en jeu. Le monde économique ne négligeant pas le pouvoir des engagements personnels, le lobbying déploie tout son potentiel à tous les niveaux décisionnels de l'appareil étatique. Au sein du Parlement, c'est le cumul des mandats qui est remis en question par Roth Bernasconi (S, GE) dans la session de printemps 2007 dans la discussion sur l'adaptation des règles d'incompatibilité pour la modification de la loi sur le Parlement. Celle-ci affirme que : « il faut reconnaître que le Parlement de milice n'est pas seulement problématique pour concilier vie politique, professionnelle et familiale car les engagements parallèles des députés peuvent également poser des problèmes , tant en termes de confusion d'intérêts qu'en termes de séparation des pouvoirs »¹⁰.

7.5. Quelques particularités helvétiques

Après l'implication personnelle des membres de l'Etat, il convient de mentionner la place accordée au libre marché comme étant un facteur prédisposant aux jeux d'influences responsables de nombreux conflits d'intérêts. Comme discuté en sus, la liberté économique est un aspect important de notre système politique, elle prévoit une place de choix au secteur privé et mise sur les compétences incontestables qu'il procure. L'esprit d'économie de marché, inspiration pour la loi fédérale sur l'assurance maladie impose sa place dans la prise en considération des hôpitaux privés dans la planification hospitalière et dans le financement.

Les mises en consultations représentent un instrument efficace dans la phase qui précède les débats parlementaires et permettent une prise en considération des milieux concernés sur les objets à traiter. Néanmoins, le potentiel d'influences ne peut être négligé. Le député faisant partie d'une commission extraparlamentaire et qui siège simultanément dans une organisation gouvernementale peut difficilement prendre le recul nécessaire pour une consultation objective. Dans la réflexion sur *les politiques suisses de santé* (vol.1, p45), l'auteur fait remarquer que : « la forte représentation des groupements privés au niveau fédéral se fait au détriment des cantons qui ont plus de peine à faire prendre en compte leurs intérêts par le législateur fédéral. ».

¹⁰06.079 Conseil national – Session de printemps 2007 – séance du 05 mars 2007 à 14h30 sur l'adaptation des règles d'incompatibilité. Modification de la loi sur le Parlement

Les jeux de pouvoirs, motivés par les intérêts particuliers au sein même de l'Etat paralysent la productivité des décideurs pour une amélioration continue du système de santé. Les nombreux consensus nécessaires pour l'établissement des lois et des conventions qui encadrent les acteurs peuvent difficilement aboutir à cause de la polarisation des débats.

La concurrence, défendue par la branche des assurances et le secteur de l'économie libérale renferme dans sons essence même la notion d'interactions conflictuelles dans la quête des parts de marché. Contrairement à la coordination, c'est l'accentuation des conflits d'intérêts qui pose le cadre voulu par ses défenseurs. On pourrait à juste titre, se demander si la concurrence sur le marché de la santé contribue à une réelle baisse des coûts, le marché américain permet de tirer des conclusions. En plus, il peut être défendable de se positionner quant à la mise en concurrence d'une institution subventionnée par le contribuable.

La prise en compte des intérêts particuliers est utile et nécessaire pour l'organisation sociale de la santé publique, et ce, d'autant plus que l'offre se place majoritairement dans le secteur privé. Par contre, il pourrait s'avérer important de considérer les conséquences liées à cette prise en compte et les possibilités de neutraliser les collisions potentielles.

8. CONCLUSION ET PERSPECTIVES NOUVELLES

Le rôle social de l'Etat en terme de coordination de la santé publique de ses concitoyens est incontestable et garantie par la Constitution fédérale. L'application d'un principe si général reste le défi à surmonter pour atteindre l'objectif fixé par la loi. Cette étude permettrait d'émettre deux propositions ayant pour but l'efficacité non pas du système sanitaire à proprement parler, mais l'efficacité de l'appareil décisionnel qui dessine le cadre social, politique, juridique et économique de la santé. En d'autres termes, une attention particulière sur les décideurs qui façonnent le système sanitaire, compte tenu des spécificités, motivations et besoins des acteurs qui le compose. Le but n'étant pas de provoquer davantage de remous dans le système actuel mais, partant des droits conférés aux acteurs principaux dans la Constitution fédérale, établir le cadre permettant d'atteindre l'objectif social tout en misant sur les compétences incontournables du secteur privé. Partant de l'hypothèse que les échecs de révisions de la LAMal étaient programmés dans le texte de loi et que les conflits naissant entre les acteurs paralysent l'avancement des débats, il nous paraît judicieux de partir sur un projet de loi tout à fait nouveau à défaut de corriger la présente loi fédérale. La prise en compte des deux principes suivants semble important, à savoir, une coopération à tous les niveaux de l'Etat et la mise en place d'un organe indépendant comme moniste dans le but de neutraliser les intérêts particuliers.

8.1. Coopération au niveau de l'Etat

L'évolution des moyens de transports et de communications permet de constater que les barrières géographiques ne représentent plus un frein pour le malade qui doit se faire soigner. La prise en compte de la mobilité des patients n'est plus discutable, elle pourrait être d'ailleurs considérée comme le déclencheur des conflits opposant les cantons aux assureurs après l'instauration de la LAMal.

L'établissement d'une vision de santé publique partagée par toutes les institutions de l'appareil étatique et par les 3 pouvoirs (législatif, exécutif et judiciaire) permettrait la mise en place d'une politique nationale de santé. Il est bien entendu que le fédéralisme helvétique serait remis en

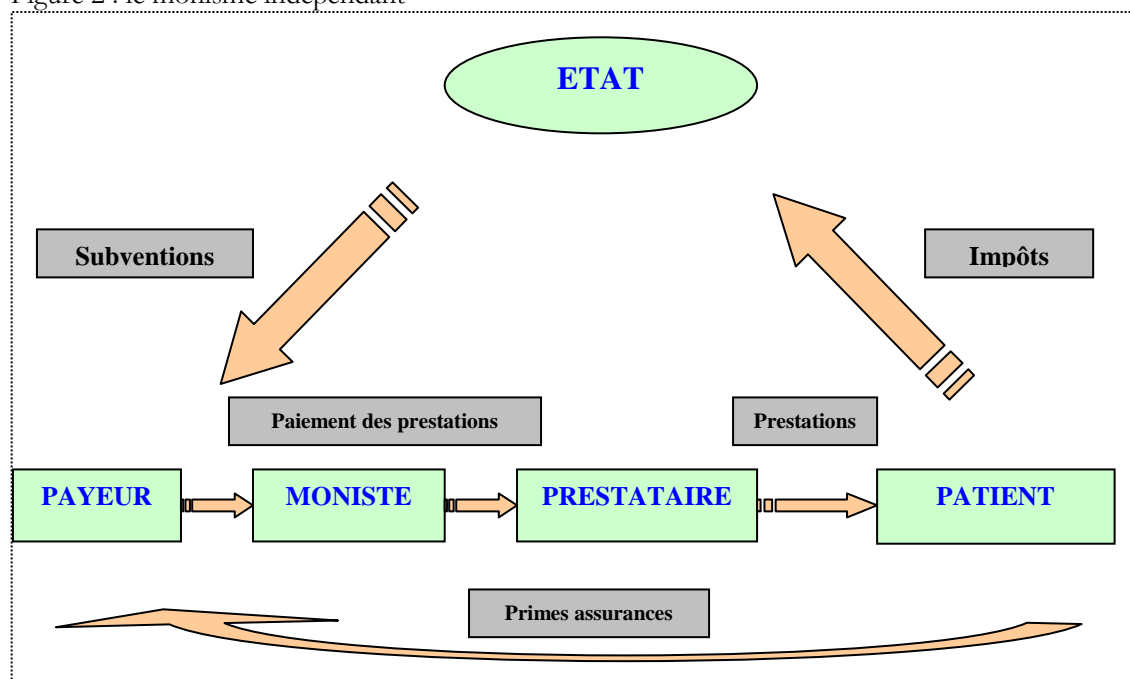
question partiellement, car l'atteinte d'un objectif national ne peut être réalisée sans une harmonisation des systèmes cantonaux. Il va sans dire, que la souveraineté cantonale en matière de santé publique devra être redéfinie pour l'intérêt général au plan suisse. Comme l'a montré le débat sur la médecine de pointe, la notion de territorialité doit être réglée au niveau fédéral afin de faciliter la coordination intercantonale. La mise en place d'une communication adéquate et adaptée aux spécificités culturelles doit miser sur des interactions minimisant les sources de conflits entre les intervenants.

C'est la vision globale partagée qui permettra de redéfinir le cadre d'un système de santé efficace et efficient à l'échelle nationale.

8.2. Organe indépendant comme moniste

Etant donné, le caractère incontournable des intérêts particuliers, il conviendrait de mettre en place une entité pluridisciplinaire sous une forme juridique adaptée servant à neutraliser les intérêts. Le concept du monisme positionnant un acteur entre le prestataire et le payeur est retenu pour son potentiel de neutralisation. L'idée étant de placer du côté de la demande, un organe non intéressé, chargé d'assurer les flux financiers entre les prestataires de soins et les financeurs. Il est donc primordial de veiller à ce que la constitution d'un tel organe représente les acteurs sanitaires principaux tout en excluant les cumuls de mandats qui peuvent biaiser sa mission. La création d'un bureau national et d'antennes cantonales serait un atout permettant d'établir un lien direct entre les politiques nationales et locales. Cette mise en réseau par un rapprochement physique des entités locales et nationales favoriserait le flux d'information nécessaire à une bonne communication. Le schéma ci-dessous pourrait représenter ce *monisme indépendant* en figure 2.

Figure 2 : le monisme indépendant



La neutralisation des intérêts qui paralysent les prises de décisions politiques nécessaires à l'évolution du système sanitaire revêt une importance de premier ordre, et influe positivement sur l'efficacité de l'appareil décisionnel. Néanmoins, le pouvoir d'adaptation propre à l'homme en vue

de la maximisation de son profit personnel n'est pas à négliger dans l'élaboration d'un système capable de s'adapter à son environnement instable.

Cette étude a permis de mettre en évidence les articles de la LAMal qui compromettent la révision du financement hospitalier à cause des jeux de pouvoir provenant des conflits d'intérêts des acteurs.

9. CHRONOLOGIE DU FINANCEMENT HOSPITALIER

Selon un communiqué de presse parlementaire du 8 mars 1999:

Le Conseil fédéral met en consultation la seconde étape de la 1^{ère} révision partielle de la LAMal dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2001.

Le secteur hospitalier étant le plus coûteux du système sanitaire suisse, le financement hospitalier occupe une place de choix.

Un renforcement du principe de la LAMal selon lequel les règles de fonctionnement sont communes à toutes les assurances est établi.

Malgré une disposition claire prévoyant que les assurés auront le choix entre tous les hôpitaux figurant sur la liste cantonale de domicile, cantons et assureurs restent divisés.

Début 2000

Deux expertises commandées aux professeurs Jürg H. Sommer et Pierre Vassalli (concurrence accrue dans le domaine de la santé, supplément de La vie Economique, 2^{ème} semestre 2000) poussent la commission pour les questions conjoncturelles à prendre position pour une concurrence accrue dans le domaine de la santé. La commission recommande l'adoption du système moniste au lieu du financement dual en place.

18 septembre 2000

Le CF propose à travers un Message :

- L'assurance maladie sociale et les cantons assument à 50% chacun en cas d'hospitalisation des prestations à charge de la LAMal
- Passer au financement des prestations.

18 octobre 2000

Le CF propose à travers un Message (FF2001 693ss) que:

- L'assurance maladie sociale et les cantons assument à 50% chacun en cas d'hospitalisation les prestations à charge de la LAMal.
- Passer au financement des prestations

25 octobre 2000

CSSS-E, examen du Message relatif à la 2^{ème} révision LAMal

Le CF propose que l'assureur et les cantons partagent à 50/50 les prestations LAMal pour les séjours hospitaliers dans tous les hôpitaux listés et pour tous les assurés

21 novembre 2000

CSSS-E examine la 2^{ème} révision partielle LAMal

Le CF propose le système dual pour les prestations hospitalières

Les cantons s'opposent à cause de l'augmentation des coûts liée aux assurés complémentaires

CSSS-E charge une sous commission pour étudier le système moniste

Le financement hospitalier de la 2^{ème} révision prévoit de considérer les hôpitaux publics et privés sur la même base dans les financements des prestations fournies

10 avril 2001

CSSS-E examine la proposition pour une solution transitoire concernant le financement hospitalier au moyen d'un arrêté fédéral urgent

Le TF avait statué sur le subventionnement pour les assurés complémentaires in et hors cantons depuis fin 1997.

11 juillet 2001

La CSSS-E veut compléter la proposition de la solution transitoire en prévoyant la mise en place d'un système moniste dans les 5 ans à venir, afin de supprimer les distorsions de concurrence entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

La commission propose de supprimer la notion de « semi hospitalier ».

30 novembre 2001

Arrêt du TFA, dissipe le flou juridique (hospitalisation intra-cantonale)

Ajout d'autres thèmes: liberté contractuelle, compensation des risques, managed care

22 janvier 2002

CSSS-E veut amortir le choc de la décision du TFA en envisageant un compromis sur 500 millions de francs dès 2004

La révision LAMal prévoit le système dual 50/50

- Le CE accorde une période de transition de 4 ans aux cantons
- Le CN ne s'est pas prononcé

La CSSS-E souhaite consulter la CSSS-N

La CSSS-E charge l'administration fédérale d'étudier la répartition des coûts cantons/assureurs pour 2001

13 février 2002

Une commission du CE propose un plan de paiement échelonné entre 2002 et 2004 pour mettre fin aux conflits des opposants aux assureurs dans le but d'amortir le choc du verdict du TFA.

L'application stricte de la LAMal coûte 700 millions par an aux cantons.

La commission propose une réduction à 500 millions de francs et un paiement échelonné comme suit:

2002: 60%

2003: 80%

2004: 100%

La mauvaise interprétation de la LAMal entraîne l'endettement des cantons

12 avril 2002

La CSSS-N propose à une voix près d'inclure les hôpitaux privés dans le projet élaboré par le CE. Le but poursuivi étant d'éviter de créer deux catégories d'assurés privés, d'après les propos du président M. T. Bortoluzzi (UDC/ZH) qui craint que les patients des cliniques privées aient à devoir payer des primes élevées.

Mme S. Bauman (PS/BE) s'est violemment opposée à ce « cadeau irréfléchi et sans contre-prestations fait aux assureurs et aux hôpitaux privés » elle souligne que le verdict du TFA ne tient pas compte des hôpitaux privés.

Le plan de paiement est censé s'appliquer dès le 1^{er} janvier 2002 rétroactivement. Etant donné que la constitution empêche tout effet rétroactif à une loi urgente, la commission a décidé de lui donner un caractère ordinaire l'assortissant d'un délai référendaire.

30 août 2002

Au National

Tout comme le CE, la CSSS-N opte pour le système moniste. Elle souhaite avancer rapidement.

A dix voix contre 9 et 3 abstentions elle demande au CF un projet concret du système moniste d'ici à juin 2005.

La gauche combat l'idée du système moniste et entrevoit la menace pour l'obligation de contracter.

18 novembre 2002 : Adoption de la 2^{ème} révision par la CSSS-E

La CSSS-N a approuvé à une forte majorité cinq interventions sur des sujets de la révision de la LAMal

1. Projet à venir du financement moniste

2. Le CF est invité à présenter un rapport sur la liberté contractuelle en milieux hospitalier et ambulatoire
3. Le CF est invité à proposer un modèle se fondant sur le principe dual
4. Le CF est invité à veiller à une plus grande cohérence dans la mise en œuvre des projets de réformes.
5. Le CF est invité à présenter une nouvelle formule de compensation des risques.

Décembre 2002

Rejet de la révision LAMal par le National, malgré une absence de contestation sur les modifications visant une nouvelle réglementation du financement hospitalier.

28 janvier 2003

La 2^{ème} révision LAMal a été rejeté par le National en décembre 2002.

Le CE remet l'ouvrage sur le métier en se tenant pour l'essentiel aux points non contestés. Il entend réviser les modalités de la levée de la liberté contractuelle.

M Bruno Frick (PDC/SZ) président de la CSSS-E annonce devant la presse que la commission souhaite avancer rapidement afin que le CE se prononce à fin mars. M Frick fait remarquer que le CE avait donné son aval pour la levée de l'obligation de contracter qui avait été refusé par le National. La commission veut étudier un nouveau modèle.

Le communiqué de presse parlementaire du 28 janvier 2003 reconnaît la cause de l'échec de la 2^{ème} révision LAMal: "...après 4 jours de délibérations, l'UDC et les Radicaux, à l'origine de ce coup avaient notamment estimé que les mesures prises allaient augmenter les coûts de la santé au lieu de les freiner"

24 février 2003 La 2^{ème} révision devant la CSSS-E

Après l'échec de décembre 2002, la CSSS-E a élaboré un nouveau modèle de la levée de l'obligation contractuelle se basant sur les besoins des cantons privilégiant ainsi les structures de types HMO.

La commission du CE a laissé intouché la réforme du financement hospitalier qui prévoit le financement 50/50 dual pour les hôpitaux publics et privés faisant partie de la planification hospitalière. Elle recommande le passage au système moniste dans un délai de 5 ans.

20 mai 2003 La 2^{ème} révision LAMal devant la CSSS-N

La commission du National ne prévoit pas de remaniement dans le financement hospitalier. Le système dual 50/50 est approuvé avant la mise en place du système moniste.

La commission tient à sa propre définition des traitements hospitaliers, la jugeant plus claire.

La CSSS-N reste très divisée sur la planification nationale au niveau de la santé.

La levée de l'obligation de contracter a été revue au début du mois.

Le communiqué de presse de l'AF du 20 mai 2003 note que si le National (à l'origine de l'échec de décembre 2002) suit sa commission, les divergences avec l'autre conseil devraient être minimum selon M. Bortoluzzi.

19 août 2003

La commission des Etats propose une augmentation de la quote-part de 10 à 20 % pour les assurés non affiliés à un réseau de santé. Rejeté par le National en juin, cette solution sert d'incitatif, a indiqué le président de la commission M. Bruno Frick (PDC/SZ).

Le communiqué de presse parlementaire du 19 août 2003 précise que les réseaux de soins sont: "...un des éléments clés de la 2^{ème} révision

17 septembre 2003

La 2^{ème} révision LAMal pas pour cette session

La CSSS-E se penche sur la participation des assureurs aux soins en EMS et à domicile, ce qui a pour effet de repousser le débat de la 2^{ème} révision pour octobre novembre et les votations au printemps 2004.

M. Frick relativise ce retard en prétextant que la 2^{ème} révision LAMal n'entrera de toutes façons pas en vigueur avant 2005.

Une minorité de la commission aurait préféré boucler la 2^{ème} révision et garder le chapitre des soins pour la 3^{ème} révision pour un bouclage avant les élections fédérales du 19 octobre.

22 octobre 2003

Le CN a rejeté les propositions de la conférence de conciliation, par conséquent, la révision de la LAMal n'a abouti pas.

Les modifications visant à une nouvelle réglementation du financement hospitalier n'ont pratiquement pas été contestées.

17 décembre 2003

Après 3 ans de discussions au parlement, le projet de révision de la LAMal est rejeté au parlement par le Conseil national.

1 janvier 2004

Les divisions assurances maladies et accidents passent de l'OFAS à l'OFSP. La LAMal devient assujetti à l'OFSP.

28 janvier 2004

A l'issue du rejet global du texte, le département s'active à la mise au point de Messages séparés sur les éléments du dossier.

Le CF insère dans une stratégie globale des nouveaux éléments qui étaient prévus pour la 3^{ème} révision.

Une initiative visant (par souci de gain de temps) à reprendre certains chapitres du projet avorté sous la forme d'une initiative de la commission a été rejetée.

Présentation au parlement sous forme de deux paquets législatifs indépendants.

Le CF veut coordonner les réformes par étapes :

- Paquet 1A
 1. liberté contractuelle
 2. prolongation de la validité de la loi fédérale de juin 2002 sur les participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers jusqu'à l'introduction d'une nouvelle réglementation sur le financement hospitalier prévue dans le 2^{ème} paquet de réformes.
- Paquet 2A
 1. promotion du managed care
 2. passage au financement dual fixe
 3. passage du financement des prestations et non des coûts
 4. 50/50 assureurs cantons
 5. traitements identiques pour les hôpitaux publics et privés figurant dans la planification hospitalière
 6. le CF s'engage à présenter dans les 3 ans une proposition au système moniste.

24 juin 2004

Nouvelle révision LAMal: entrée en matière de la CSSS-E.

La commission s'est penchée sur les nouveaux Messages du CF, elle prévoit un examen parallèle du premier train de réformes en procédure accélérée par les deux commissions, pour une soumission aux deux conseils à la session d'automne 2004.

Le rythme imposé par Pascal Couchepin est contesté au parlement et le manque de vision globale des projets est constaté par la présidente de la commission santé du National Mme Christine Goll (PS/ZH) devant la presse.

Tout comme la commission des Etats, la commission du National renvoie la levée de l'obligation contractuelle dans le second paquet de mesures prévues pour 2006 en parallèle avec le financement hospitalier et l'encouragement du managed care.

La commission des Etats a approuvé la prorogation de la loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la LAMal.

Le principe de l'augmentation de la quote-part pour les assurés non affiliés à un réseau de santé faisant partie de la deuxième révision LAMal rejetée en 2003, continue d'être soutenue.

15 septembre 2004

Proposition de révision du CF

- passer au financement des prestations
- participation cantons assureurs : 50/50
- planification cantonale ou intercantonale hospitalière
- abandon de la notion de « traitement semi hospitalier »
- compétence subsidiaire au CF d'intervenir dans la planification intercantonale de la médecine de pointe
- amélioration des bases de données

20 octobre 2004

La CSSS-E décide, sans opposition, de rentrer en matière et entame l'examen du 2^{ème} paquet de mesures sur la révision de la LAMal (financement hospitalier et managed care).

Le passage au financement des prestations est considéré comme urgent.

La commission relève des problèmes liés à la différenciation des modes de financements entre le secteur ambulatoire et hospitalier.

L'absence de critères de démarcations clairs rend floue la délimitation entre les deux secteurs. La commission souhaite une égalité du financement entre les deux secteurs et charge l'administration de la révision du texte.

La commission entend encourager le développement des réseaux de soins intégrés pour des motifs économiques aussi bien que pour des raisons de qualité de prestations. Le projet du CF prévoit une amélioration des conditions cadres.

Après audition des représentants du corps médical, la commission conclut qu'un système d'incitation clair s'impose. L'administration a la charge de proposer ces systèmes incitatifs en tenant compte des diverses propositions des différentes parties.

L'examen des trois projets, à savoir, liberté contractuelle, réseaux de soins intégrés et financement hospitalier est prévu pour le début 2005.

26 janvier 2005

La CSSS-E souhaite que le passage du financement par établissement au financement des prestations ait lieu rapidement. Pour elle, le financement différencié ne se justifie plus. Une sous-commission a été instaurée pour concrétiser les principes en vue d'une révision du projet du CF.

29 juin 2005

La commission des Etats s'est penchée sur le modèle de sa sous-commission selon le mandat confié en janvier 2005.

Le modèle prévoit :

- Régime identique pour les prestations ambulatoires et hospitalières
- Régime identique pour les prestations LAMal en hôpitaux publics ou privés
- Régime identique pour tous les assurés LAMal au bénéfice ou pas de prestations complémentaires.

Ce modèle s'écartant de celui du CF, une solution consensuelle sera recherchée avec le conseiller fédéral compétent.

30 Août 2005

Le projet du CF est chamboulé par la commission santé des Etats à l'unanimité. L'unique idée retenue concerne le financement des prestations.

La présidente de la commission, Mme Ch. Brunner (PS/GE) parle de l'adoption d'une « structure révolutionnaire ».

Les propositions de la commission sont les suivantes :

- Prestations financées par un seul agent payeur (système dual contesté)
- Maintien de l'obligation de contracter
- Egalité de traitements entre les secteurs hospitaliers et stationnaires

Le CN exige la consultation des cantons

Les cantons s'opposent violemment à ces propositions et craignent de perdre la maîtrise des coûts.

Les causes principales étant

1. l'inclusion des prestations ambulatoires
2. le système moniste

Mme Brunner souligne que les cantons garderaient la planification hospitalière.

Ce dossier devrait être soumis au plénum du printemps prochain.

2 novembre 2005

Le CE a chargé sa commission santé de consulter les cantons en lui renvoyant le projet, la conférence des gouvernements devant se prononcer le 17 novembre.

Malgré la contrainte du temps disponible pour l'analyse des résultats de la consultation, la commission inscrit l'objet à l'ordre du jour de la séance du 21 novembre 2005 pour soumission au CE à la session d'hiver.

22 novembre 2005

Dans une prise de décision consolidée, la CdC (conférence des gouvernements cantonaux) s'est opposée au modèle.

Après consultation des cantons, la CSSS-E renonce à la soumission au CE pour la session d'hiver.

Madame Christiane Brunner (PS/GE), rapporteur de la commission a décidé d'abandonner le modèle révolutionnaire présenté en août 2005 et demande au CF de présenter une nouvelle variante.

La commission a discuté du projet « bis » préparé par le département selon sa demande. Projet qui sera soumis au CE à la session de printemps 2006 en parallèle avec l'amélioration de la compensation des risques.

Le projet « bis » prévoit :

- Abandon du financement dans le secteur ambulatoire
- Financement des prestations
- Obligation des cantons de planifier et de contribuer à toutes les prestations relatives à la planification.
- Une réglementation transitoire est prévue
- Répartition des frais cantons / assureurs de 60/40

La commission n'a pas pu achever la discussion par article, laquelle doit être menée avec les cantons.

25 janvier 2006

Une longue discussion lors de la première séance de la CSSS-E aboutit aux conclusions suivantes :

- La part cantonale doit s'élever à au moins 60% (45 % pour les cantons dont le montant moyen des primes est inférieur à la moyenne nationale). Une marge de manœuvre est donc laissée aux cantons.
- Une réglementation transitoire est prévue pour l'adaptation cantonale.
- Les pleines contributions cantonales ne seront prises en compte que :
 1. pour les hôpitaux faisant partie de la planification hospitalière
 2. après la mise en place de structures uniformes pour des forfaits liés aux prestations.

8 mars 2006

Le CE adopte le modèle « bis »

Mai 2006

Une amélioration de l'organisation du financement hospitalier est souhaitée par l'unanimité des membres du CE.

Le système du financement par forfaits permettra la comparaison entre hôpitaux.

La commission préparatoire conclut que la compensation des risques doit être modifiée.

Le conseil est entré en matière et décide d'améliorer la compensation entre les caisses maladies en ajoutant aux critères du sexe et de l'âge, celui du risque de maladie élevé. Cette nouveauté a été adoptée par 23 voix contre 7, dans le but d'enrayer la sélection des risques pratiquée par les caisses.

3 novembre 2006

La CSSS-N a suivi les propositions du CE par des courtes majorités.

Une planification commune des cantons est souhaitée par le National pour ce qui concerne la médecine de pointe.

La commission du National ne souhaite pas augmenter les compétences de la Confédération en matière de planification hospitalière.

24 novembre 2006

La CSSS-N estime que la proposition de la participation cantonale du CE est trop compliquée, elle opte pour une participation cantonale d'au moins 55% par 8 voix contre 8 et 8 abstentions.

Pour ce qui est des autres projets de réformes, le National se réfère aux propositions du CE.

La CSSS-N souhaite l'application du principe Cassis de Dijon permettant à n'importe quel citoyen suisse de se faire soigner dans l'établissement de son choix, ceci dans le but d'augmenter la concurrence.

La commission du National refuse que les assureurs aient la liberté de contracter avec les hôpitaux ne figurant pas sur la liste de la planification pour la couverture de prestations dans l'assurance de base.

Le National refuse le droit aux assureurs de financer les statistiques sanitaires via les primes, la majorité reconnaissant cette compétence à la Confédération.

10 janvier 2007

La commission santé des Etats a procédé à des auditions et s'est penchée sur la liberté contractuelle, sujet abordé pour la première fois à ses séances des 18 et 19 octobre 2004. Elle a décidé de se prononcer sur le sujet uniquement au terme des délibérations sur le financement hospitalier, le financement des soins et le réseau de soins intégrés. L'administration fédérale est chargée de présenter des alternatives au modèle de 2004.

7 mai 2007

La CSSS-E approuve selon l'avis du National, le principe du libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse pour les hôpitaux figurant sur une liste cantonale. Ce principe étant contesté par la Conférence des directeurs cantonaux des finances (CDF) et par la conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) prétextant un surcoût de 460 à 600 millions de francs à la charge des cantons. Les estimations du DFI mentionnent un plafond de 200 à 450 millions de francs.

La question des tarifs hospitaliers est débattue, la commission santé des Etats décide que le canton de résidence et l'assureur prendraient en charge un traitement hospitalier hors canton de résidence jusqu'à concurrence du tarif en vigueur dans le canton de résidence. La différence serait à la charge de l'assuré ou d'une assurance complémentaire. Après des examens ultérieurs prévus pour les 2 et 3 juillet, le projet sera transmis au Conseil à la session d'automne.

3 juillet 2007

La CSSS-E s'est accordée à la décision de la chambre du peuple pour une participation cantonale minimale et fixe de 55% (réduction possible à 45%) pour le financement hospitalier au lieu des 60% abaissable à 45% défendu initialement.

29 août 2007

La CSSS-E a achevé la procédure d'élimination des divergences sur les financements hospitaliers et des soins.

Le libre choix de l'hôpital est accepté par les commissions santé des deux chambres. La prise en charge par les cantons et assureurs étant garantie jusqu'à concurrence des tarifs en vigueur dans le canton de résidence; la différence restant à la charge de l'assuré ou d'une assurance complémentaire. La commission des Etats propose une application du nouveau régime de financement hospitalier ainsi que l'introduction des forfaits par prestations au 31 décembre 2011. La commission approuve la participation cantonale de 55% et maintient l'intervalle de fluctuation adopté par le Conseil des Etats.

La CSSS-E charge le CF sous forme d'une motion, d'examiner les bases légales pour la communication des données nécessaires au contrôle des factures et aux remboursements d'après le système Swiss DRG.

10. ANNEXES

Annexe 1

Annexe
Tableau 1

Financement des hôpitaux

Année	Ménages	Assurances sociales	H.M.	En tout	Confé- dération	Cantons	Communes	En tout	Etranger	Total
	mas. fr.	en %	mas. fr.	en %	mas. fr.	en %	mas. fr.	en %	mas. fr.	en %
1991	1187.9	43.8	5271.0	419.8	155.9	1.3	3887.5	387.4	4275.5	693.4
1992	947.3	46.8	5894.1	489.9	174.5	1.4	3910.7	445.6	4357.0	715.4
1993	575.8	68.34	509.5	209.9	29.4	0.2	3768.4	357.3	4125.7	565.3
1994	901.8	68.25	1482.6	219.8	23.1	0.2	3812.4	301.0	4113.4	610.9
1995	665.7	73.19	485.3	231.5	21.6	0.2	3690.3	289.8	3980.1	657.7
1996	329.8	79.81	485.4	237.0	19.5	0.2	3882.3	356.4	4238.9	635.0
1997	248.3	80.10	500.6	250.9	20.3	0.2	3883.1	450.6	4333.1	817.0
1998	834.7	77.55	552.9	252.0	20.1	0.1	3876.1	515.4	4392.6	828.0
	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %	en %
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9
1996	2.4	57.3	3.5	1.7	0.1	0.0	27.9	2.6	30.4	4.6
1997	1.8	56.5	3.5	1.8	0.1	0.0	27.4	3.2	30.6	5.8
1998	5.7	53.3	3.8	1.7	0.1	0.0	26.5	3.5	30.0	5.7

Source: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. Rapport de l'Office fédéral de la statistique à l'attention de l'Office fédéral des assurances sociales, Neuchâtel, mars 2000.

Annexe 2

Compte des investissements – Besoins financiers nets des cantons et des communes pour les hôpitaux en 1998 (En millions de francs)

Cantons	Total	Besoins financiers nets du canton			Besoins financiers nets des communes		
		Total	Hôpitaux	Hôpitaux psychiatriques	Total	Hôpitaux	Hôpitaux psychiatriques
Zurich	153.8	133.4	113.4	20.0	20.4	20.4	—
Berne	93.6	71.8	69.1	2.7	21.8	21.8	—
Lucerne	28.3	28.1	26.7	1.4	0.2	—	0.2
Uri	6.7	6.7	6.4	0.3	0.0	0.0	—
Schwyz	1.2	1.2	—	1.2	—	—	—
Obwald	0.3	0.3	0.3	—	—	—	—
Nidwald	1.3	1.3	1.3	—	—	—	—
Glaris	17.4	17.4	17.4	—	—	—	—
Zoug	5.1	5.1	2.3	2.8	—	—	—
Fribourg	15.5	12.5	10.1	2.4	3.0	3.0	—
Soleure	45.6	42.5	36.1	6.4	3.1	3.1	—
Bâle Ville	63.5	63.4	58.6	4.8	0.1	0.1	—
Bâle Campagne	50.2	50.2	44.9	5.3	—	—	—
Schaffhouse	2.0	2.0	2.0	—	—	—	—
Appenzell Rh. E.	12.9	12.8	10.6	2.2	0.1	0.1	—
Appenzell Rh. I.	0.3	0.3	0.3	—	—	—	—
Saint-Gall	24.3	24.2	23.8	0.4	0.1	0.1	—
Grisons	34.9	29.3	18.3	11.0	5.6	5.6	—
Argovie	54.7	54.6	47.0	7.6	0.1	0.1	—
Thurgovie	15.7	15.7	15.5	0.2	—	—	—
Tessin	27.2	0.4	—	0.4	26.8	26.8	—
Vaud	38.2	68.3	66.2	2.1	30.1	30.2	0.1
Valais	41.4	41.1	38.1	3.0	0.2	0.2	—
Neuchâtel	22.4	3.9	—	3.9	18.5	19.0	0.5
Genève	35.6	35.6	35.6	—	—	—	—
Jura	5.3	5.6	3.6	2.0	0.3	0.3	—
Suisse	797.2	727.5	647.4	80.1	69.7	69.9	0.2

Sources: Administration fédérale des finances et Office fédéral de la statistique

Annexe 3

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

832.10

du 18 mars 1994 (Etat le 27 décembre 2006)

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'art. 34^{bis} de la constitution^{1,2}
vu le message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991³,
arrête:

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

¹ Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

² Les conditions fixées à l'al. 1. let. a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

Section 2

Choix du fournisseur de prestations et prise en charge des coûts

Art. 41

¹ L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, il prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

² Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations. Sont réputés raisons médicales le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans le canton où réside l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier ou semi-hospitalier, ou dans un hôpital en dehors de ce canton qui figure sur la liste dressée, par le canton où réside l'assuré, en application de l'art. 39, al. 1, let. e.

³ Si, pour des raisons médicales, l'assuré recourt aux services d'un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics situé hors de son canton de résidence, ce canton prend en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton. Dans ce cas, l'art. 72 LPGA⁷³ est applicable par analogie et confère un droit de recours au canton de résidence de l'assuré.⁷⁴ Le Conseil fédéral règle les détails.

⁴ L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs: l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

Section 4 Tarifs et prix

Art. 43 Principe

¹ Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

² Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment:

- a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);
- b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);
- c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire);
- d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduelle ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

³ Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

⁴ Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

⁵ Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

⁶ Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

⁷ Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

Art. 46 Convention tarifaire

¹ Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

² Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion et son exécution. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

³ Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- a. l'interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- b. l'obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;

- c. l'interdiction de concurrence entre les membres;
- d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

⁴ La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

⁵ Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois.

Art. 47 Absence de convention tarifaire

¹ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

² S'il n'existe aucune convention tarifaire pour le traitement ambulatoire d'un assuré hors de son lieu de résidence, de son lieu de travail ou des environs, ou encore pour le traitement hospitalier ou semi-hospitalier d'un assuré hors de son canton de résidence, le gouvernement du canton où le fournisseur de prestations est installé à titre permanent fixe le tarif.

³ Lorsque les fournisseurs de prestations et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur le renouvellement d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal peut la prolonger d'une année. Si aucune convention n'est conclue dans ce délai, il fixe le tarif après avoir consulté les intéressés.

Art. 49 Conventions tarifaires avec les hôpitaux

¹ Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50 % des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés

par les pouvoirs publics. Les coûts imputables sont établis lors de la conclusion de la convention. La part des frais d'exploitation résultant d'une surcapacité, les frais d'investissement et les frais de formation et de recherche ne sont pas pris en compte.⁸⁰

² Les parties à une convention peuvent prévoir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne soient pas comprises dans le forfait, mais facturées séparément. Pour ces prestations, elles peuvent prendre en compte, pour les habitants du canton, les coûts imputables à raison d'au maximum 50 %, s'agissant d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.⁸¹

³ En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital en vertu des al. 1 et 2, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

⁴ La rémunération au sens des al. 1 à 3 épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune.

⁵ Les partenaires tarifaires conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire et du séjour semi-hospitalier à l'hôpital.

⁶ Les hôpitaux calculent leurs coûts et classent leurs prestations selon une méthode uniforme; ils tiennent, à cet effet, une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution à cet effet.

⁷ Les gouvernements cantonaux et, au besoin, le Conseil fédéral font procéder à la comparaison des frais d'exploitation entre hôpitaux. Les cantons et les hôpitaux doivent fournir les pièces nécessaires à cet effet. Si la comparaison montre que les coûts d'un hôpital se situent nettement au-dessus des coûts d'hôpitaux comparables ou si les pièces présentées par un hôpital sont insuffisantes, les assureurs peuvent dénoncer la convention prévue à l'al. 5 de l'art. 46 et demander à l'autorité qui approuve (art. 46, al. 4) de réduire les tarifs dans une juste mesure.

Art. 50 Conventions tarifaires avec les établissements médico-sociaux

En cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39, al. 3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les al. 6 et 7 de l'art. 49 sont applicables par analogie.

Art. 51 Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux

¹ Le canton peut, en tant qu'instrument de gestion des finances, fixer un montant global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux. La répartition des coûts selon l'art. 49, al. 1, est réservée.

² Le canton consulte au préalable les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Art. 55 Etablissement des tarifs par les autorités d'approbation

¹ Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, l'autorité compétente peut ordonner que les tarifs ou les prix de l'ensemble ou d'une partie des prestations ne doivent plus être augmentés, aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 % comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

² Ces autorités sont:

- a. le Conseil fédéral s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'art. 46, al. 4;
- b. le département s'agissant de tarifs ou de prix d'après l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1 et 2, ainsi que let. b;
- c. le gouvernement cantonal s'agissant de conventions tarifaires approuvées par lui en vertu de l'art. 46, al. 4.

11. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aiach Pierre, Fassin Didier, « Les métiers de la santé »
- Conseil national, 06.079 AB 2007 N3 / BO 2007 N3, 05.03.2007
- Economiesuisse, Dossier politique, « Financement des hôpitaux : un changement de cap est nécessaire » 19.02.2007
- Fassin Didier, « Les enjeux politiques de la santé »
- Furrer Marie-Thérèse, « Révisions de la LAMal : où en sommes-nous ? Sécurité sociale CHSS 4/2006,
- Genève-Confédération, « Financement hospitalier : non au modèle de la commission du Conseil des Etats », 09.11.2005
- Germanier Stephanie, « Le lobby de la santé victime de paralysie », Le Temps, 07.10.2005
- Laubscher Theodore, « LAMal : les nouveautés et les changements », Sécurité sociale CHSS 4/2006
- Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politiques nationale, vol.1
- Leu Robert E., « Financement hospitalier moniste », 19.02.2004
- Médias et Managed care, « Existe-t-il un système idéal de financement des hôpitaux ?, 06.2002
- Message du Conseil fédéral relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie, du 18 septembre 2000, Feuille fédérale 2001 693ss.
- OCDE, « Etude économique de la Suisse : Le secteur de la santé souffre d'un problème de réglementation », 2004
- OPCA, « Mesures de maîtrise des coûts dans la LAMal », synthèse du 30 novembre 2001.
- Schenker Luc, « Recommandations pour un autre modèle de financement et d'organisation des hôpitaux universitaires et des facultés de médecine en suisse », 05.2002
- Schenker Luc, « Concurrence et financement des hôpitaux suisse », 08.2001
- Schnetzer Jürg, « Le système de santé suisse écartelé entre les possibilités techniques et les limites financières de faisabilité
- Vaud info, « Monisme : les cantons lui disent non à une écrasante majorité », 09.02.2005
- Vaud info, « Révision de la LAMal : ne pas transformer les cantons en 5^{ème} roue de la diligence », 18.10.2004
- Loi fédérale sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la loi fédérale sur l'assurance maladie, modification du 8 octobre 2004.
- Loi fédérale sur l'assurance maladie, état du 27 décembre 2006.

12. SITES INTERNET CONSULTES

www.admin.ch

www.amge.ch

www.economiesuisse.ch

www.gdk-cds.ch

www.hplus.ch

www.letemps.ch

www.managedcareinfo.net

www.news-service.admin.ch

www.parlament.ch

www.santesuisse.ch